Münster.1931.№71 Med Diss.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Münster (Westf.)
(Direktor: Prof. Dr. F. Kehrer.)

AUTONOME HYPOCHONDRIE

Beitrag zur Psychopathologie und klinischen Abgrenzung der Hypochondrie.

★

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt von

Berthold Wichmann
aus Münster (Westf.)

Münster (Westf.) 1931

Heinrich Buschmann, Münster i.W., Drubbel 17-18

Dekan: Prof. Dr. H. Vogt
Referent: Prof. Dr. F. Kehrer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Münster.

Meiner lieben Mutter
gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546201_0098

Autonome Hypochondrie.

Beitrag zur Psychopathologie und klinischen Abgrenzung der Hypochondrie.

„Die bisherigen großen Krankheitsbilder haben sich, das wird heute kaum jemand im Ernste bestreiten, als zu ausgedehnt erwiesen, um Einheiten darzustellen. Die bisherigen Elementarsymptome sind wiederum zu klein. Ich glaube nun, daß wir weiter kommen werden, wenn wir den Versuch machen würden, Einheiten zweiter Ordnung zu finden, gewisse immer wiederkehrende Symptom-Verkuppelungen, die wir sehen lernen werden, wenn die Aufmerksamkeit darauf eingestellt ist". Diese Worte Hoche's in einem Referat über Melancholie (36) *) aus dem Jahre 1910 dürften nicht zuletzt gefallen sein im Hinblick auf die Diskussion über die nosologische Stellung der Hypochondrie. Diese war vor allem seit der Formulierung eines „neurasthenischen" Krankheitsbegriffes durch Beard und Arndt stark umstritten, und ihre Erörterung tendierte in der weiteren Folge, besonders unter dem Einflusse Wollenberg's dahin, eine nach Pathogenese, Symptomenbild, Verlauf und Ausgang eindeutig feststellbare und klinisch abgrenzbare Krankheitseinheit überhaupt fallen zu lassen, eine solche vielmehr durch die allgemeinere Umschreibung eines bei einer Reihe von Psychosen auftretenden Symptom-Komplexes zu ersetzen. Trotz der bekannten und im großen und ganzen immer wiederkehrenden Symptomatik des als „hypochondrische Vorstellungen" angesprochenen Zustandsbildes war doch die terminologische Umschreibung eine durchaus schwankende. Daraus erklärt es sich, daß je nach den Anschauungen des betreffenden Autors hypochondrische Vorstellungen entweder als ein Teil eines paranoischen Wahnsystems oder als Erscheinung der depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins oder endlich — und das von der Mehrzahl — nur als besonders ausdrucksvolle Aeußerung einer „Neurasthenie" aufgefaßt wurden. In derem, ja auch heute in seinen Grenzen noch nicht klar zu differenzierenden, Bilde wurde eine Fülle von hypochondrischen Sensationen, Vorstellungen und Aeußerungen als Erscheinung eines veran-

*) Die hinter den Namen angegebenen Ziffern stimmen mit der fortlaufenden Nummerierung des Literaturverzeichnisses überein.

lagungsmäßig oder durch exogene (im weitesten Sinne) Einflüsse geschwächten somatopsychischen Zustandes untergebracht.

Bevor diese eigentliche Diskussion einsetzte, war für die älteren Autoren der Krankheitsbegriff der Hypochondrie kein Gegenstand einer besonderen Betrachtung gewesen, da man den schon durch Galen geprägten Ausdruck Hypochondrie auf einen übertriebenen, sich auf körperliche Verhältnisse oder Funktionen beziehenden, Leidens- oder Klagezustand anwandte. Im allgemeinen war man dabei auch der Anschauung, daß für solche Klagen wohl irgendwelche organischen Körperveränderungen den Anlaß abgäben, und daß es nur auf Grund einer besonderen Leidseligkeit zu einer veränderten Bewertung der somatischen Ursache komme. Daß diese Ansicht manche Berührungspunkte mit der heutigen hat, werden wir im folgenden sehen.

Die hier zunächst angedeutete Auflösung eines einheitlichen Krankheitsbegriffes führte dann schließlich in ihrer Weiterentwicklung dazu, auch die Einheit des Symptomkomplexes aufzugeben. Man sprach, oder spricht überwiegend auch heute, nur noch von Aeußerungen hypochondrischer Färbung und verschiebt dadurch das definitorische Kriterium von einem übergeordneten psychischen Reaktionstypus auf die besondere Artung des Inhaltes der Vorstellungen und Aeußerungen.

Daß damit aber das psychiatrische Problem des Hypochondriekomplexes nicht endgültig und befriedigend gelöst ist, zeigen die sich in den letzten Jahren wieder mehrenden Veröffentlichungen über hypochondrische Zustände, die z. T. mit besonderer Betonung die Frage der nosologischen Stellung eines abgrenzbaren Krankheitstypus wieder aufgreifen.

Wenn hier im folgenden die einschlägigen Veröffentlichungen kurz referiert werden, so geschieht das einmal aus der Erwägung, daß eine Uebersicht über die Arbeiten, die sich in den letzten 20 Jahren mit der Symptomatik und der nosologischen Einheitlichkeit hypochondrischer Zustände befassen, nicht vorliegt und weiter aus der Tatsache, daß eine Bewertung der dort aufgeworfenen Fragen z. T. Voraussetzung für die Fragestellung dieser Arbeit ist. Auf Vollständigkeit kann dabei naturgemäß kein Anspruch erhoben werden.

Zunächst kann die ältere Literatur, seit der Gründung der wissenschaftlichen Psychiatrie überhaupt, hier nur gestreift werden, da sie heute ein vorwiegend historisches Interesse bietet. Erwähnung soll hier Esquirol (19), der in der Hypochondrie eine „Vorstufe einer Geisteskrankheit" sah, die sich „in der Neigung zu Uebertreibung der eigenen Leiden

und Befürchtung eingebildeter Gefahren äußert", finden neben Michéa (51), Brachet (12) und vor allem Westphal (73), der als für Hypochondrie charakteristisch den „krankhaften subjektiven Empfindungszustand, die krankhafte Richtung der Vorstellungen auf körperliche Zustände, Verrichtungen und Sensationen und Bildung falscher dadurch bedingter Urteile und Wahnideen" definierte.

Griesinger (30) sprach schon um 1870 von einem „veränderten Körpergefühl". Von Jolly (37) stammt [später von Hitzig (34) ergänzt] die bekannte Formulierung „die Hypochondrie ist diejenige (auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende) Form der traurigen Verstimmtheit, in welcher die Aufmerksamkeit anhaltend oder vorwiegend auf Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist".

Nicht richtig daran ist nach unseren Anschauungen, daß es sich um eine „traurige" Verstimmung handele, eine Aeußerung, die auch in der Folgezeit häufig wiederkehrt und auf einer zu engen Deutung klinischer Zeichen beruht. Der grundlegende Affekt des Hypochonders ist nicht eigentlich „traurig". Wo bei ihm eine von der Außenwelt abgewandte, ich-beengte Verstimmung vorhanden ist — der Gemütszustand ist durchaus nicht immer verstimmt, oft hat man vielmehr den Eindruck einer zu der Produktivität und Vielseitigkeit des Vorgebrachten unproportionalen Indifferenz der erlebnismäßigen Anteilnahme — da resultiert diese aus dem dauernden selbstquälerischen Grübeln über Krankheitsempfindungen und Zusammenhänge, ist also mehr eine unruhevolle Unlust als eine Traurigkeit.

Durch die Konstituierung des Krankheitsbegriffes der sog. nervösen Erschöpfung durch Beard (5) unter dem Namen „Neurasthenie", in das er die Hypochondrie als „eine der Varietäten krankhafter Furcht einreihte, wurde in die Stellung eines abgegrenzten hypochondrischen Krankheitsbildes eine Erschütterung hineingetragen. Weiter noch ging in Anlehnung an ihn Arndt (2), der unter Hypochondrie das „Kardinalsymptom der Neurasthenie" verstand.

In dieser Auffassung folgten ihnen, z. T. modifiziert, Tuczek (71), Merklin (49), Kirchhoff, Ziehen (78), Ziemssen, weiterhin Löwenfeld (45), Binswanger (7) und später Kraepelin (41).

Für Binswanger war es „zweifellos, daß die Hypochondrie auf dem Boden der Neurasthenie erwächst und nur eine Verschärfung des Seelenleidens nach der psychischen Seite darstellt". Er fügt aber selbst als unterscheidendes Merkmal hinzu, daß bei der Hypochondrie das Symptom „der exzessiven und phantastischen Verarbeitung der pathologischen Empfindungen zu sog. Wahnvorstellungen" hinzukommt.

v. Hößlin (35) und Müller (52) sprachen sich scharf gegen ein „Zusammenwerfen" von Neurasthenie und Hypochondrie aus, und auch Schüle (63) hielt fest an der Definition einer psychischen „Neurose auf der Grundlage einer Hyperästhesie der Empfindungsnerven einzelner oder aller Organgebiete und mit der Wirkung eines dadurch gesetzten Zwanges auf das gesamte Seelenleben". Mendel (48) sprach von einer „funktionellen Gehirnerkrankung" in der Gruppe der „depressiven Geisteskrankheiten" und unterschied drei qualitativ und quantitativ gesteigerte Gruppen.

Krafft-Ebing (42) erklärte die Auffassung der Hypochondrie als „Symptomkomplex innerhalb der Neurasthenie als eine wohl zu weitgehende", die nach seiner Ansicht „auf einer zu ausgedehnten und verschwommenen Auffassung der entscheidenden Merkmale der Hypochondrie beruht".

Diese Ansicht Krafft-Ebing's dürfte umso richtiger sein, als bei keinem der bisher genannten Autoren die Neurasthenie in ihrem Ausmaß als Krankheitsbild — oder besser Krankheitsgruppe — wirklich abgegrenzt ist und der Versuch gemacht ist, in ihr bestimmte Ideen- und Vorstellungskonnexe mit dem Inhalte gesteigerter Krankheitsbefürchtungen als immer wiederkehrendes hypochondrisches Merkmal festzulegen. Man begnügte sich vielmehr weit allgemeiner damit, das Vorbringen von Ideen hypochondrischen Inhaltes als Ausdruck eines durch endo- oder exogene Einflüsse bedingten, affektiv besonders betonten Schwächezustandes anzusehen.

Raecke (55) reihte die Hypochondrie als selbständiges Krankheitsbild unter die Gruppe der Psychosen ein, wobei er m. E. sehr richtig darauf hinwies, daß „der charakteristische Zug jeder echten Hypochondrie, die jeder Kritik unzugängliche wahnhafte (dieser Ausdruck hat allerdings nur eine sehr bedingte Berechtigung) Verarbeitung der krankhaften Empfindungen mit ihrer zwingenden Beeinflussung des gesamten Handelns nichts mehr mit Neurasthenie gemein hat".

Durch Wollenberg (76/77) wurde dann, besonders betont, der Begriff „einer wohl umgrenzten Krankheitsform" Hypochondrie abgelehnt und die weitere nosologische Auffassung im wesentlichen festgelegt. Noch weitergehend als etwa Binswanger wies er der Hypochondrie lediglich die Rolle „eines Symptoms" zu. Nach ihm ist es „immer der Grundzustand, der dem Fall sein spezifisches Gepräge gibt und seinen Verlauf und Ausgang bestimmt, während die Hypochondrie als solche in dieser Hinsicht nur eine äußerliche Rolle spielt". Es bleibt „als einziges speziell hypochondrisches Moment die besondere Richtung und Färbung der Vorstellungen". An einer anderen Stelle gibt Wollenberg aber doch eine

engere Abgrenzung, „so entstehen (bei einem kontinuierlich chronischen Verlauf) Hypochonder-Typen, bei denen man mit Rücksicht auf die gewissermaßen geschäftsmäßige und den Kranken nicht tiefer berührende Vorbringung von Beschwerden von einer habituellen Hypochondrie sprechen kann".

Roy (59) unterscheidet zwischen einer Hypochondria minor (neurasthénique) und einer hypochondria major (delirante, vésanique) mit allen dazwischenliegenden Uebergangsstufen. Kraepelin (41) endlich betont den neurasthenischen Charakter der Hypochondrie, die er als „Aufbrauchskrankheit" bezeichnet. „Auch für die hypochondrischen Vorstellungen halte ich einstweilen an der Entstehung aus der Erschöpfung fest."

Zu dieser Einreihung der Hypochondrie als einer im neurasthetischen Krankheitsbild beinhalteten Unterform muß schon an dieser Stelle gesagt werden, daß dabei wesentliche Momente der Psychogenese und des Symptomenbildes nicht berücksichtigt sind. Gewiß gibt es sicher Kranke mit ausgesprochen neurasthenischen Beschwerden, die gelegentlich Klagen hypochondrischen Inhaltes vorbringen können. Aber eben, daß sie aus einem Schwächezustand heraus wirkliche Beschwerden aufweisen können, daß sie klinisch feststellbare Ausfallerscheinungen oder Zeichen einer Dysfunktion darbieten können, spricht dagegen, daß sie wirkliche Hypochonder sind. Der Neurastheniker baut seine Klagen auf einem, zu deren Zeitpunkt feststellbaren, wirklichen Befund auf, der auch von ihm zuerst als „Befund" empfunden und bewertet wird. Für ihn besteht — je nach seiner Bildungsstufe und Kenntnis natürlich graduell verschieden — ein im Sinne der Vorstellungsbeziehung proportionales Einsichtsverhältnis in den bei ihm vorliegenden Zustand. Auf Grund seiner „Neurasthenie" unter welcher wir hier mit Kehrer ganz allgemein eine „Reizbare Schwäche des Nervensystems" verstehen, kommt er zu Befürchtungen oder zu Vorstellungen von Verschlimmerung, vielleicht auch von utilitaristischen Gesichtspunkten aus, im Sinne eines Krankheitsgewinnes, zu einer affektiven Erfassung, die aber immer im Rahmen einer direkten, bewußten Anknüpfung bleibt. Es handelt sich um „eine intellektuelle Interpretation" (Gillespie). Dementsprechend vollzieht sich der ganze psychogenetische Vorgang von Anfang an unter einem leidvollen, unter Umständen wehleidigen Affekt. Anders beim Hypochonder. Er kommt auf Grund einer mehr primär krankhaften Krankheitsvorstellung (der englische terminus: preocupation ist klarer), zu seinen Sensationen und Klagen, wobei es in diesem Zusammenhang gleichgültig ist, ob diese Krankheitsvorstellung in einem anderen, voraufgehenden, gedanklichen Verknüpfungsprozeß selbst eine — ganz allgemein

gesagt — somatische Ursache hat oder nicht, da beim eigentlichen Hypochonder zwischen seinem Krankheitsglauben und einer etwa vorhandenen körperlichen Störung, die als auslösendes Moment wirkt, in der ursächlichen Beziehung kein kongruentes Verhältnis besteht. „Die abnormen Sensationen sind auf dem Wege der Vorstellung in die Leiblichkeit hinein projizierte Vorgänge" sagt mit Recht Krafft-Ebing. Der Hypochonder nimmt an diesen „Projektionen", die auf Grund dauernder Vorstellung immer mehr gesteigert werden, erst wieder sekundär affektiven Anteil. Der Neurastheniker fürchtet eine ernstliche Krankheit, besonders durch Verschlimmerung einer schon bestehenden geringfügigen, der Hypochonder ist krank, eben in seinem „objektiv" falschen Krankheitsglauben.

Aus ähnlichen Ueberlegungen heraus kommt Friedemann (27) dazu, zunächst „überwertige hypochondrische Ideen von der allgemein übertriebenen Aengstlichkeit des Neurasthenikers zu trennen". Nach M. Sommer (66) ist die Hypochondrie „charakterisiert durch das Auftreten eines stets gleichen Symptomenbildes. Die Wahnideen stammen sämtlich aus dem Gebiet des Bewußtseins der Körperlichkeit". Dabei ist der Charakter dieser Wahnideen wegen der fehlenden „Weiterbildung und Systematisierung mit feindlichem In-Beziehungsetzen zur Außenwelt gegenüber Paranoia verschieden".

Medow (47) beobachtete eine Gruppe von Kranken mit katatonieähnlichen Zuständen und hypochondrischen Sensationen, die er den depressiven Psychosen des Rückbildungsalters zurechnet.

Nicht besonders auf die nosologische Fragestellung gehen die Veröffentlichungen von Benon (6), Gans (28), Higier (32), Rodiet (57) und von Seglas et Logre (65) ein. Lorrand reiht einen beobachteten Fall unter das manisch-depressive Irresein ein, ebenso Nouet et Lautière (53).

Schilder (60) spricht von Fällen, die er „echte" Hypochondrie nennt, bei denen „die hypochondrischen Symptome sich gesetzmäßig chronisch behaupten". Er unterscheidet zwischen einem selbständigen Symptomkomplex und hypochondrischen Phasen z. B. beim manisch-depressiven Irresein, wobei er aber dem Symptomkomplex „lediglich lokalisatorische Bedeutung" zuweist.

Einen neuen Versuch, gerade in nosologischer und psychopathologischer Hinsicht die Hypochondrie abzugrenzen, unternahm Gillespie (29). Er stellt eine „essentielle" Hypochondrie heraus, die nicht als Symptom sondern als Krankheitseinheit aufzufassen sei. Nach ihm ist (nicht ganz wörtlich zitiert) Hypochondrie eine psychische Vorstellung einer wirklichen

oder unterschobenen Krankheit, bei der ein verhältnismäßiger Unterschied besteht zwischen der Stärke dieser Vorstellung und der zu Grunde liegenden Ursache. Die affektive Grundlage werde am besten gekennzeichnet als Interesse aus Ueberzeugung und konsequentem Besorgtsein. Er weist gleichzeitig darauf hin, daß diese reine Form selten sei und daß man vom „sinnreichen Schema innerhalb der rationalen Grenzen des physiologischen Wissens des Patienten bis zur „delusional fabrication" vom Typus der Involutionsmelancholie" hypochondrische Ideen in allen Abstufungen finden könne.

Zu erwähnen ist dann noch Schwarz (64), der seine Fälle als „circumscripte Hypochondrien" in den manisch-depressiven Formkreis einreiht.

Als letzte Veröffentlichung erschien von Kehrer (39) „über Hypochondrie" eine psychologische Studie, die sich mit der Ableitung und Symptomatik sowie den nach persönlichen und sozialen Entwicklungsstufen verschiedenen Aeußerungen hypochondrischer Gedankengange befaßt. Kehrer betont, daß es zweifelhaft sei, ob die „Streichung der Hypochondrie aus den Gruppen seelischer Krankheiten ohne heute erkennbaren Leichenbefund" zu recht erfolgt sei und daß es ein klinisches Problem sei, zunächst nachzuweisen, daß „Fälle, in denen das, was wir heute unter hypochondrisch verstehen, in reiner Form und über längere Zeiträume auftritt, vorkommen". Hypochondrische Zustände beruhen nach ihm auf „Veränderungen der Gefühle vom eigenen Körper, event. auch Geist, die mit bestimmten Vorstellungen von Kranksein verknüpft sind". Sie werden ausgelöst durch Störungen der Körperfühlsphäre, worunter „das Erlebnisgebiet des eigenen Körpers" verstanden wird. Dabei ist das entscheidende nicht eine Störung des „Konsonanzgefühles (in diesem Erlebnisgebiet), sondern das krankhafte Heraustreten ganz besonderer Empfindungsgefühle".

Getrennt Erwähnung finden soll hier die Stellung der psychoanalytischen Schule — oder vielmehr deren einzelner Gruppen —, die entsprechend dem psychologischen Akzent ihrer Einstellung sich weniger mit dem Krankheitsbegriff der Hypochondrie befassen als mit analytischer Ableitung der hypochondrischen Vorstellung. Freud (25/26) sieht die hypochondrischen Gefühle und Aeußerungen als auf „narzistischer" Grundlage entstanden, — wobei Narzismus „die libidinöse Ergänzung zum Egoismus des Selbsterhaltungstriebes ist" — und zwar als Folge einer sexuellen Erregung ohne psychische Komponente, als genitale Aufgedunsenheit. Die verschiedenen Sensationen, die sich aus der geschlechtlichen Erregung ergeben, werden zum Objekt hypochondrischer Vorstellung, mitbedingt durch einen „Reflex der libido", die der Hypochonder aus der Außenwelt zurückzieht und auf die eigenen Organe

konzentriert. Noch einseitiger formuliert Ferenczi (21, 22, 23), nach dem die Hypochondrie aus einem „Gefühl genitaler Inferiorität" entsteht. Ihr Charakter spricht dafür, daß ihre Vorstellungen Produkte eines „Analerotismus" sind, „eine Verschiebung einer unsublimierten Koprophilie auf andere Organe und deren Produkte" mit einer qualitativen Lustumwandlung.

Nach Steckel (70) „stecken hinter den bizarren Sensationen der Hypochonder symbolische Verkleidungen erotischer Phantasien". Er nimmt eine „Verwandlung erogener Zonen in Objekte hypochondrischer Angstvorstellungen" an und unterscheidet — da der Begriff Hypochondrie nur ein Sammelname für in der psychischen Strukur ähnliche Krankheitsbilder sei — vier Formen, 1. eine einfache nosophobische, 2. eine hysterische (durch unbefriedigte Forderungen des Sexualtriebes, als Ersatzvorstellungen für Verdrängungen), 3. eine zwangsneurotische, bei der der Zwangscharakter im Vordergrund steht, und 4. eine paranoide Form.

Carp (13) sieht in seinen angegebenen Fällen Störungen ebenfalls auf narzistischer Grundlage. Der hypochondrische Symptomkomplex könne sich besonders offenbaren bei Melancholie und schizophrenen Psychosen, welche beide ebenfalls als Störungen auf narzistischer Grundlage anzusehen seien. Beim Hypochonder sei die „Libido-Konzentration auf das Körper-Ich (den als körperlich erlebten Teil der psychophysischen Persönlichkeit) so groß, daß eine gänzliche Libidoabsorption stattfindet". Endlich beschreibt Bornstayn (10) eine hypochondrische Form der Schizophrenie, die er als reaktiv-erotogen bezeichnet. „Auf der Grundlage schizoider Konstitution kommt es zu einer Regression der libido zu ihrem narzistischen Stadium", zu einer Entwicklungsepoche, wo Körper und Außenwelt noch nicht differenziert waren.

Diesen psychoanalytischen Auffassungen muß entgegengehalten werden, daß sie — analog der psychoanalytischen Methodik überhaupt — die Rolle von Sexual-Faktoren für das Zustandekommen hypochondrischer Vorstellungen zu einseitig in den Vordergrund stellen. Zunächst kann für die Inhalte dieser Vorstellungen in manchen Fällen ein Erlebnis der Sexualsphäre, z. B. Insuffizienz-Gefühle auf sexueller Basis als auslösendes Moment sicher nicht bestritten werden. Wenn aber damit auch eine Aufmerksamkeitsanspannung auf Erlebnisvorgänge dieser Sphäre gegeben ist, wenn es sogar zu einer Umwandlung des Fühlens und Vorstellens, zu einem Persönlichkeitstypus kommt, der durch die besondere Betonung seiner Sexualkomponente eine bestimmte Determination erfährt, so kann damit immer nur im wesentlichen über die lokalisatorische Festlegung der hypochondrischen Ideen in bestimmter Richtung etwas ausgesagt werden. Warum es aber zu so isolierten

und eigenwertigen Gedankenreihen und Aeußerungen eines kritiklosen Krankheitsgefühles und weiter einer unerschütterlichen Krankheits-Ueberzeugung, also zu dem eigentlichen psychischen Mechanismus kommt, ist damit nicht erklärt. Zudem läßt sich auch bei den meisten Fällen echter Hypochondrie ein Schuldgefühl, das die psychoanalytische Auffassung zum Teil zur Voraussetzung ihrer Spekulationen macht, vermissen. Der Hypochonder gibt sich über die eigentliche Veranlassung seiner Beschwerden keine Rechnung — und besonders keine schuldhaft empfundene —, kann sie sich nicht geben, weil er von der erhöhten Aufmerksamkeitszuwendung auf bestimmte Körpergebiete, in die er durch relativ geringgradige periphere Empfindungen hineingedrängt wird, in seiner Vorstellungsreihe nun gleich auf die Vorstellung einer ernsten und schwer zu nehmenden Krankheit überspringt, er kommt garnicht dazu, sich innerhalb seines Ideenablaufes mit der eigentlichen Kausalitätsfrage zu beschäftigen. Durch diesen Sprung nimmt seine Krankheitsidee einen so überbetonten Charakter an, daß sie als solche fast schicksalhaft empfunden wird.

Die allgemeinere psychoanalytische Ableitung hypochondrischer Ideen fußt auf der Voraussetzung, daß als primäre psychogenetische Grundlage für deren Zustandekommen eine Zurückziehung der Libido vom „Objekt", also von allem außerhalb der Persönlichkeit gelegenen Gegenständlichen auf das eigene Körper-Ich erfolgt. Daß ein daraus resultierender „Autoerotismus" eine erhöhte Selbst-Wahrnehmung und eine gesteigerte Beschäftigung mit dem eigenen Körper zur Folge hat, ist ohne weiteres einsichtig. Voraussetzung ist dabei aber, daß mit dieser Körper-Wahrnehmung eine Art Lustgewinn verbunden ist, anderenfalls würde die Annahme einer libidinös bedingten Einengung des Seelenlebens hinfällig. Mit der Feststellung, daß es sich „um Lust handelt, die nicht als solche empfunden werden kann", ist in diesem Falle nicht gedient, da sie die Frage nur verschiebt, aber nicht erklärt.

Zum mindesten muß ein Lustgewinn aus der Beschäftigung mit seinem Körper beim Hypochonder fraglich bleiben. Man muß hier mit Kehrer fragen „ob der Hypochonder seinem Körper schon in gesunden Tagen ein Uebermaß an Wertschätzung oder gar libidinöser Liebe entgegengebracht hat und nicht gerade umgekehrt das Neuartige der Erlebnisse an einem bis dahin nicht beachteten Körper der Grund der gesteigerten Selbstbeobachtung und Sorge ist". Wenn man sich vergegenwärtigt, daß es eine allgemeine psychologische Erfahrungstatsache ist, daß schon normalerweise auf einen besonders hervorgehobenen Reiz im Bereich des körperlichen oder seelischen Geschehens eine Aufmerksamkeitsanspannung und Vor-

stellungskonzentration auf die gegenständliche Grundlage dieses Reizes erfolgt, so muß es unverständlich bleiben, warum beim Hypochonder, für den man eine solche Betonung des Reizes aus der Körperfühlsphäre doch annehmen muß, eine so grundlegende Veränderung des psychosexuellen Status vorliegen soll, um den zunächst gleichen Effekt einer gesteigerten Selbstbeobachtung zu erklären. Man ist versucht, zu sagen, daß bei der psychoanalytischen Auffassung hypochondrischer Aeußerungen eine Verschiebung umgedeuteter sekundärer Inhalte zu der primären causa efficiens für das Zustandekommen der Vorstellungen erfolgt.

Weniger als noch vor etwa zwei Jahrzehnten steht heute die Frage, ob den hypochondrischen Zuständen jeweils, durch methodische Untersuchungen auffindbare Veränderungen gegenüber einer normalen körperlichen Integrität zugrunde liegen, im Vordergrund der Erörterungen. Bis zur psychopathologischen Auffassung nahm man, wohl unter dem Einfluß einer allgemein mehr pathologisch-anatomisch orientierten Denkweise in der Medizin, in der Mehrzahl der Fälle an, daß die Klagen der Hypochonder auf feststellbaren Körperschäden beruhten, wobei man entweder auf erkennbare Veränderungen der lokalisierten Organe fahndete oder mehr zentralere, etwa im Bereich der nervösen Leitungsbahnen oder des Cortex selbst gelegene Ursachen annahm.

So nahmen Mendel (48) und Althaus (1) an, daß Parästhesien und ähnliche Reizerscheinungen auf eine cortikale Reizung zurückzuführen seien, wobei Althaus von einer „Ataxie der Einzelzentren der Zentralwindung, event. Zellveränderungen in den Rindenschichten" spricht. Raecke (55) engte den Hypochondrie-Begriff dadurch ein, daß er meinte, „wo eine eingehende Untersuchung die Beschwerden auch nur zum Teil erklärt, da hat überhaupt keine echte Hypochondrie vorgelegen". Dazu ist zu erwidern, daß das Vorhandensein einer eventuellen körperlichen Grundlage für die Entstehung der hypochondrischen Beschwerden pathognostisch nicht von Bedeutung ist. Wenn es zunächst schon auffallend ist, daß wirklich ernsthafte körperliche Erscheinungen nur selten in den hypochondrischen Ideengang einbezogen werden, was besonders Wollenberg (76) betont, so schließt andererseits ein organischer Krankheitsprozeß beim Hypochonder nicht aus, daß er diesen entweder quantitativ oder qualitativ gegenüber dem Gesunden „abnorm perzipiert" oder daß er unabhängig von diesem bestehenden Prozeß auf Grund unbedeutender anderer Reize einen besonderen Konnex hypochondrischer Gedankengänge aufbaut. Nicht, je nachdem es sich um einen hypochondrischen Zustand handelt, der cum oder sine ma-

teria verläuft — wie die Unterscheidung von Wollenberg heißt — mit Abweichungen also, die man nach unserer heutigen klinischen Kenntnis als „krank" bezeichnen kann, ist für die Zurechnung des psychischen Zustandsbildes zur Hypochondrie entscheidend, sondern die Tatsache, daß zwischen fortlaufend vorgebrachten Klagen und einer gegebenfalls festzustellenden körperlichen Affektion ein völlig inkongruentes Verhältnis besteht, gemessen an den bei Krankenbeobachtung überhaupt gemachten Erfahrungen.

Mit Recht sagt deshalb Pick (54), daß es „gleichgültig ist, ob eine materia, die zugrunde liegende Krankheit bildet, oder ob eine solche überhaupt nicht nachweisbar ist, insofern der zentrale Prozeß, der die Stimmungsanomalien, die Störungen der Vorstellungen und der Willenstätigkeit veranlaßt, derselbe bleibt; aber eine echte Hypochondrie ist trotz allem auch dann vorhanden, wenn der betreffende Kranke Träger einer somatischen Affektion ist, die den auslösenden Faktor für den zentralen Prozeß bildet".

Von den französischen Psychiatern, die der Frage der körperlichen Unterlagen für hypochondrische Deutungen besondere Aufmerksamkeit schenken, spricht Roy (59) von einer psychischen Manifestation organischer Viszeralleiden. Seine Ansicht über eine Grundlage der hypochondrischen Empfindungen hinsichtlich ihrer körperlichen Seite kommt unserer heutigen sehr nahe. Nach ihm handelt es sich um Störungen der cénesthesie, die Demy (an gleicher Stelle) dem deutschen Ausdruck „Somatopsyche" gleichsetzt. (Wir setzen dafür lieber das Wort „Körperbewußtsein" oder besser noch „Körperbewußtheit" ein.) Roy definiert diese cénesthesie als „conscience du sympathic". (Von einem möglichen Zusammenhang der „Gemeingefühle" mit dem vegetativen Nervensystem spricht auch Kehrer.)

Birnbaum (8) betont, daß „die hypochondrischen Wahnvorstellungen in ihren Anfängen in den weitaus meisten Fällen auf irgendwelche körperliche Erkrankungen zurückzuführen sind", eine Auffassung, die in dieser Formulierung nicht richtig ist, da man einleitende Sensationen, etwa im Bereich des vegetativen Nervensystems, zu deren Annahme man in einer großen Anzahl der Fälle berechtigt ist — wenn auch gesicherte Feststellungen darüber noch fehlen — nicht als körperliche Erkrankung im eigentlichen Sinne bezeichnen kann.

Rodiet (56) der zum Zustandekommen hypochondrischer Gedankengänge eine spezielle konstitutionelle Dauereinstellung, ein „tempérament" neben den „troubles cénesthesiques" als erforderlich ansieht, glaubt, daß letztere beim Vorhandensein oder auch Fehlen einer laesio des Sympathicus auftreten können, „aber immer in der Domäne dieses Nerven".

Zu erwähnen ist dann in diesem Zusammenhang noch Gans (28), der von einem Patienten mit allen möglichen Bauchbeschwerden, die hypochondrisch anmuteten, berichtet, bei dem sich aber bei der Sektion ein Aortenaneurysma, das mit der Umgebung sehr stark verwachsen war, zeigte. Ein zweiter Patient mit fast dem gleichen Obduktionsbefund zeigte aber keinerlei Anzeichen von Hypochondrie. Man darf also wohl schließen, daß sich das Auftreten einer speziell hypochondrischen Reaktion im ersten Falle durch psychische Faktoren erklären läßt, die auf einer wahrscheinlich konstitutionell abnormen Grundlage sich auswirken.

Vigoroux (72) beschreibt ebenfalls Fälle mit einer latenten organischen Grundlage. Benon (6) vermutet einen Zusammenhang zwischen einer manifesten Gonorrhoe und einer Hypochondrie als psychopathische Reaktion auf den Infekt.

Endlich ist dann noch Kyaw (43) zu erwähnen, der für die Entstehung von Neurosen einschließlich der Hypochondrie die nicht sehr einleuchtende Erklärung darin sucht, daß das Thyreoideahormon zur Entgiftung der übermäßigen Fleischnahrung zu stark in Anspruch genommen sei. Da dieses aber andererseits einen wachstumanregenden Einfluß auf Prostata und Ovarium ausübe, resultiere für diese Organe ein Ausfall, aus dem eben die Neurosenentwicklung vor sich gehe. Wenn auch die enge Koppelung zwischen dem endokrinen System und dem vegetativen Nervensystem einerseits sowie die schon oben erwähnte wahrscheinliche Bedeutung des vegetativen Systems für „Gemeingefühle" betont werden muß, so ist damit für das eigentliche „Werden" der Hypochondrie, das letzten Endes ein seelischer Vorgang ist — Hypochondrie ist eben keine Neurose — nichts gesagt.

Auf weitere im Literaturverzeichnis enthaltene Angaben soll und braucht an dieser Stelle nicht eingegangen zu werden, da sie, soweit sie eingesehen werden konnten, für diesen Zusammenhang keine besondere Bedeutung besitzen.

Wenn wir nun zunächst im Sinne dieser Abhandlung voraussetzen, daß hypochondrische Vorstellungen und Klagen — vorerst allgemein ausgedrückt — Aeußerungen einer krankhaft veränderten Empfindungslage darstellen, so müssen wir zunächst einmal fragen, durch welche Faktoren diese Empfindungslage beim Hypochonder im Gegensatz zum Gesunden verändert ist. Da die Angaben Hypochondrischer für gewöhnlich bestimmt lokalisiert werden — es handelt sich nicht um Klagen allgemeineren Inhaltes z. B. körperliche Unlustzustände oder motorische Schwäche — so muß man annehmen, daß bei diesen Klagen nicht irgendwelche „Körperhalluzinationen" vorliegen, sondern daß tatsächlich primäre körperliche, veränderte Empfindungen zu Grunde liegen, die in ihrem

Charakter gegenüber der normalen physiologischen Gefühlssumme verändert sind. (Ueber die psychologische Seite dieser Gefühle soll an dieser Stelle nicht gesprochen werden, ich darf da auf Kehrer (39) verweisen. K. betont, daß das „Heraustreten ganz besonderer Empfindungsgefühle.. bestimmter Organe oder Abschnitte des Körpers aus dem Konsonanzgefühlszustande" als Ausgangspunkt hypochondrischer Zustände anzusehen sei. Normalerweise bleiben diese „Körpergefühlsempfindungen unter der Schwelle des Bewußtseins. Erst der reflektierte Mensch ...kennt einen unterbewußten, unklaren Gefühlszustand, den er sich aber auch „dann erst klar zu machen beginnt, wenn sich in seinem Organismus schon etwas Krankhaftes abspielt".) Wir müssen also annehmen, daß es sich zunächst um veränderte Bedingungen (in physiologischer Hinsicht) für die Aufnahme von Empfindungen aus dem Bereich des Körpers handelt. Man kann sich dies an einem Beispiele klar machen. Wohl jeder Mensch kennt das Gefühl des „einschlafenden Beines", ein Zustand, bei dem es infolge der Druckwirkung auf Nervenstämme einmal zu parästhesieänlichen Reizerscheinungen kommt, andererseits das Oberflächengefühl nur noch dumpf, nicht mehr voll erfaßt werden kann. In analoger Weise sind vielleicht beim Hypochonder somatische Grundlagen für die körperliche Seite einer „Disposition" zur Hypochondrie gegeben. Auffallend ist in dieser Beziehung — wenigstens gilt dies für das Beobachtungsgebiet der Münsterer Klinik — daß man bei den Hypochondern auch fast immer Zeichen einer besonderen reizbaren Schwäche des vegetativen Nervensystems feststellen kann. Umgekehrt muß man allerdings auch die Frage aufwerfen, ob nicht diese häufigen vasomotorischen Erscheinungen erst wieder Folge eines dauernden psychischen Spannungszustandes sind. Aehnlich etwa, wie wir bei einer Kombination von Hypochondrie und Impotenz oft nicht unterscheiden können, ob es sich um hypochondrische Anschauungen handelt, für die der Impotenzzustand als Moment eines „Anstoßes" anzusehen ist, also eine „Impotenzhypochondrie" oder um eine „posthypochondrische" Impotenz.

Für den psychisch gesunden Menschen jedenfalls bleiben diese Mißempfindungen aber im Rahmen seines subjektiven Verständnisses oder durch Belehrung korrigierbar. Sie werden — solange sie nicht etwa durch Behandlung beseitigt sind — als lästige Sensationen registriert, sie bleiben etwas naturgemäß Ich-Fremdes, dem nur ein subjektiver, aber kein persönlicher Erlebnisinhalt zukommt. Der Hypochonder dagegen nimmt diese Mißempfindungen als „Empfindungsgefühle" mit einem gewissen Affekt auf. Er nimmt nicht nur den Endzustand des am Körper ablaufenden Reaktionsvorganges auf, für ihn wird auch der Reaktionsablauf als sol-

cher bewußt, er apperzipiert den ganzen Vorgang mit voller Intensität als Erlebnis, assimiliert ihn gewissermaßen der „Persönlichkeit", sodaß ein Wiederabdrängen des betonten Reaktionsendzustandes aus der Bewußtheitssphäre und damit aus dem Vorstellungsbezirk nicht mehr gelingt.

Je öfter sich nun der periphere Reiz wiederholt, mit umso stärkerer Bindung wird an seinem ins Psychische aufgenommenen Effekt als Vorstellung festgehalten und so eine „Sensibilisierung" des psychischen Apparates bewirkt im Sinne einer erhöhten Ansprechbarkeit für gleichgerichtete Einwirkungen. (Analog verhält es sich mit einem etwa durch ein Trauma gesetzten Effekt oder auch bei einer unkritischen Aufnahme ärztlicher Aeußerungen, falls diese zum Ausgangspunkt hypochondrischer Anschauungen werden.) Die ihnen damit zuteil werdende Ueberbetonung bedingt den überwertigen Charakter zunächst der Wahrnehmung, daß am Körper etwas geschieht, das nicht der ursprünglich gewohnten Empfindungslage angehört. So erklärt es sich, daß Hemmungen der Urteilsbildung, die beim normalen Menschen durch Kritik und bedingte Einsicht in die kausalen Beziehungen körperlicher Vorgänge vorhanden sind, auf die nun einsetzende Deutung der Vorgänge keinen Einfluß mehr haben. Der Hypochonder kompensiert das Körperbeeiträchtigungsgefühl durch ein überwertiges Krankheitsgefühl, in welchem es nun zu einer Verarbeitung der Eindrücke kommt, sie werden bei ihm zu einem effektiv krankhaften Geschehnis.

Dabei wird rückläufig die intrapsychische Vorstellung wieder an den Ort der primären Wahrnehmung in der körperlichen Peripherie verlegt und für diesen Ort als Ueberzeugung eines organischen Krankheitszustandes lokalisiert. „In naivster Weise ordnet er seine Mißempfindungen in das Bild ein, das er sich auf Grund seiner meist armseligen anatomischen und physiologischen Kenntnisse und kraft seiner Phantasie von den Leistungen des gesunden und kranken menschlichen Körpers gemacht hat" (Kehrer).

Dabei ist zu betonen, daß seine Vorstellungen zwar in unserem Sinne „falsch" und in ihrem Ablauf eben durch die Eigenart des hypochondrischen Mechanismus in ihrer Wertigkeit verändert, aber in einer logischen Gedankenfolge aufgebaut werden. Dadurch grenzen sie sich von den Gedankengängen bei den eigentlichen Psychosen, etwa der Schizophrenie, ab. Die Urteilsbildung, die ja immer durch relative Faktoren z. B. Einsicht und Intellekt beeinflußt ist, bleibt als solche eine richtige. Ebenso verläuft die Assoziation der Einzelideen ungestört. Es muß also der Ausgangspunkt des ganzen psychischen Geschehens, die beim Hypochonder „sublimierte" Anfangsvorstellung das für den pathogenetischen Zusammenhang entscheidende sein.

Schon oben ist erwähnt, daß die Furcht- und Krankheitszielvorstellungen beim Hypochonder in einem bestimmten Organ oder Gebiet des Körpers lokalisiert werden. Durch diese Lokalisation nehmen nunmehr die Vorstellungen Wirklichkeitscharakter an, im Gegensatz zum Neurastheniker, bei dem es sich mehr um nicht fixierte Befürchtungen handelt. Die Krankheitsvorstellung wird zur Krankheitsfeststellung. Er hat einen wirklichen Krankheitsglauben, die volle Ueberzeugung, die — so paradox es zunächst klingt — dadurch umso fester verwurzelt wird, daß er ja sichere, greifbare, Anzeichen körperlicher Schäden, an denen die Spannung seines Krankheitsgefühls sich objektivieren könnte, für seine einge„bildete" Krankheit nicht darbringen kann. Er erlebt ohne einen physikalischen Krankheitsvorgang die ganze Veränderung der seelischen Einstellung, die auch beim seelisch gesunden Menschen als notwendiges psychisches Korrelat des Krankheitsgeschehens eintritt. Er steigert sich in seinen Krankheitsglauben förmlich hinein, bei den fortgeschrittenen Fällen wird schließlich jede Funktion irgend in Beziehung gesetzt zu diesem „Krankheitszustand", — der in Wirklichkeit nur ein krankhafter Zustand ist — der im Mittelpunkt seines ganzen seelischen Lebens steht. Sein ganzes Denken und Sinnen wird auf den Körper bezogen; unter einer dauernden seelischen Spannung geht er immer wieder Reflexionen ein — beinah zwangsläufig — über seinen Zustand und über mögliche Folgeerscheinungen.

Im äußersten Falle kommt es unter Abstoßung oder Zurückdrängung sonstiger Lebensinteressen für Beruf, Familie und Gesellschaft usw. zu einer förmlichen Ich-einkapselung des Hypochonders, in der seine Vorstellungen — wie in einem Käfig — nur noch um den einen Punkt kreisen, seinem Zustand ein möglichst großes Maß von Aufmerksamkeit, Beobachtung und Interessenaufopferung entgegen zu bringen. Man hat von einem förmlichen „Persönlichkeitswandel" gesprochen. Menschen, die früher aufgeschlossen und interessiert waren, werden auf Grund ihrer krankhaften nunmehrigen egozentrischen Einstellung zu abgeschlossenen Egoisten.

Während nun bei der körperlichen Fixierung der hypochondrische Vorstellungskreis sich ursprünglich auf einen bestimmten Teil des Körpers richtet, unter Umständen sogar nur „monosymptomatisch" fixiert bleibt, kommt es in anderen Fällen, bei denen immer neue Körpergebiete und Funktionen in den Ideengang einbezogen werden — man könnte von einer horizontalen Ausbreitung dieser Hypochondrien sprechen — zu einer umfassenden hypochondrischen Tendenz dem Körper gegenüber. Dabei kann man die Feststellung machen, daß gerade beim einfachen, primitiven Menschen das Umfangsgebiet hypochondrischer Beobachtungen besonders groß ist.

Der intellektuell höher stehende, und in der ganzen Art und Weise seines Denkens kompliziertere Mensch kommt, da er meist doch durch ein gewisses Maß anatomischer und biologischer Kenntnisse, soweit sie für den Laien einsichtig sind, gehemmt wird, seltener zu so allgemeinen, den ganzen Körper umfassenden förmlichen Systemen. Bei ihm erstrecken sich die hypochondrischen Vorstellungen und Empfindungen eher nur auf besonders umgrenzte Teile des Körpers, vor allem auf Organe, für die schon vor dem eigentlichen Manifestwerden der Hypochondrie durch mannigfaltige Beziehungen ein gesteigertes Interesse vorhanden ist. Die bei ihm noch stärker vorhandene — weil schwerer zurückzudrängende — Kontrolle des Intellekts läßt nur eine Abreaktion der hypochondrischen Spannung in besonders interessenbetonte Teile des Körpers zu. Je komplizierter das Seelenleben, das ganze Ineinandergreifen des psychischen Apparates ist, umso stärker ist im allgemeinen auch diese Kontrolle. Je einfacher — im systematischen Aufbau — jedoch das Vorstellungs- und Empfindungsleben ist, umso vitaler erfolgt bei entsprechender Veranlagung die Entladung von Körperempfindungen in hypochondrische Ideen. Man kann sogar klinisch — wie auch weiter unten — bei einem Teil der Fälle geradezu einen gewissen Grad debiler Einschränkung feststellen. Damit im Zusammenhang steht auch die Tatsache, daß grade der Magen-Darmtraktus am häufigsten in hypochondrische Anschauungen einbezogen wird, weil hier auch für den Primitiven das Körper- oder Organerlebnis am aufdringlichsten und der Deutung am leichtesten zugänglich ist. Man kann darin auch eine — zwar nur vom Vorstellungsinhalt gesehene — Erklärung dafür finden, warum Männer das Hauptkontingent für Hypochondrie stellen, weil nämlich erfahrungsgemäß beim Manne auch dann, wenn lediglich ein gesteigerter Selbstbeobachtungstrieb besteht, dieser sich in bevorzugter Weise dem Verdauungsapparat zuwendet. — Der entscheidende Grund dafür ist natürlich ein psychologischer und in der verschiedenen psychischen Struktur und Tendenz beim Manne einerseits und bei der Frau andererseits zu suchen. Der Mann ist „subjektiver", mehr auf Ich-zusammenhänge eingestellt, in seinem Denkprozeß ist das kausale Moment dominierend; bei der Frau dagegen spielt auch beim beziehungsmäßigen Denken die Akzentuierung des Erlebens eine größere Rolle, während das Bedürfnis nach Erklärung von Ursache und Entwicklung demgegenüber einen sekundären Wert hat; bei ihr ist die Inbeziehungsetzung zum „Objekt" mehr betont. Daher auch das Ueberwiegen hysterischer Reaktionsweisen bei der Frau. —

Es wurde schon erwähnt, daß der Hypochonder sich in einem seelischen Spannungszustand befindet, der durch ein immer wieder zur Bewußtheit emporgehobenes Krankheitsgefühl

erklärt ist. Das geradezu plastische Erleben eines Krankheitsgeschehens drängt ihn immer wieder aufs neue in Betrachtungen und grüblerisches Versenken in seinen Zustand hinein. So kommt er dazu, wenn er auch im allgemeinen in seinen affektiven Beziehungen zur Außenwelt auf Grund seiner psychischen Isolation weitgehend eingeschränkt ist, da, wo ihm Gelegenheit dazu geboten wird, seine Empfindungen in detailiertesten Schilderungen vorzubringen. So gibt es Hypochonder, die stundenlang ihrer Umwelt über die Art ihres Herzschlages oder über die Form und Konsistenz ihres Stuhlganges Vorträge halten können. Sie empfinden offenbar in dieser Entladung gleichzeitig, während sie dabei ihr Urhebertum an diesen Schilderungen zu vergessen scheinen, immer eine neue Bestätigung ihres Krankseins. Der „klassische" Hypochonder — und nur auf diesen zielen in vollem Umfang diese und die im folgenden gemachten Ausführungen — erfährt, obwohl er durch seine fortwährenden Grübeleien in einem unausgeglichenen, unlustgefärbten Gefühlszustand bleibt, gewissermaßen eine befriedigende Genugtuung in dem „Erkennen" und Registrieren seiner Beschwerden.

Dabei beruht, wie Kehrer sagt, die hypochondrische Stimmung „weniger auf dem Erlebnis der grade vorherrschenden Unlustgefühle, als auf der nicht ganz sicheren, aber doch nicht abschließbaren Erwartung ungünstigen Ausganges". Von einer ängstlichen Stimmungslage zu sprechen, ist nicht richtig. Wenn man auch die hypochondrische Gemütslage als eine durch eine Störung der normalen Gefühlskonsonanz gekennzeichnete Erwartung bezeichnen muß, so liegt doch der Akzent dabei auf der Erwartung. Der initiale Vorstellungsablauf geht zwar unter einem gesteigerten Affekt vor sich, dem abschließende Ergebnisse dieses Vorstellens, der Krankheitseinbildung gegenüber aber bleibt die affektive Anteilnahme merkwürdig wenig ausgeprägt. Man hat oft den Eindruck einer zu den Klagen im auffallenden Gegensatz stehenden Indifferenz der Stimmung. Man kann das Resultat, das sich aus dem fortwährenden vergeblichen Bemühen um eine abschließende Einsicht in seinen Zustand entwickelt, am besten als eine leidvolle Mißstimmung, ein Unbefriedigtsein bezeichnen. Selbst der Pessimismus, den man bei eingefleischten Hypochondern gelegentlich findet, ist durch eine eigentliche Erlebnisarmut gekennzeichnet. Das betont auch Krafft-Ebing, der schreibt: „im Vorstellen und Fühlen kommt es zu einer trostlosen psychischen Anästhesie, der auch die Sinneswahrnehmung anheimfällt . . . Hemmung der gesamten Leistungsfähigkeit, Apathie und Anenergie". Andererseits ist aber der Affekt des Ausdrucks der hypochondrischen Klagen im Vergleich zum Ausdrucksaffekt des seelisch Gesunden erheblich gesteigert. Eine gewisse Schwatz-

haftigkeit des eigentlichen Hypochonders ist von Gefühlsbetonungen in allen Graden der Abstufung getragen. Manche Hypochonder können sich nicht genug darin tun, ihrem Gesprächspartner immer wieder in dicksten Farben ihren Leidenszustand vorzumalen. Man kann demnach von einer Inkongruenz der Affektbesetzung im Erleben und im Vorbringen des hypochondrischen Krankheitsgefühles sprechen. Depressive Zustände, bei denen man ja sehr häufig reaktive Gedankengänge eines hypochondrisch gefärbten Inhaltes finden kann, gehören nicht in den Rahmen des eigentlichen Krankheitsbildes Hypochondrie, was besonders auch Gillespie betont.

Die übermäßige Bindung an seine Empfindungen und Vorstellungen und auf der anderen Seite ein Entfremdungsgefühl gegenüber den Vorgängen der Außenwelt bedingen einen bestimmten Grad von Starre und Monotonie des Seelenlebens beim Hypochondrischen. Er kommt dazu, seine Feststellungen — wieder ein Zeichen der fehlenden Kritikfähigkeit — als gesicherte Tatsachen anzusehen, die er gegen alle Korrektur, die von außen an ihn herangetragen wird, gleichsam verteidigen muß. Es gelingt beim Hypochonder wohl, — das ist ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem klinischen Bilde der Paranoia — durch einen besonders eindrucksvollen Einfluß z. B. des Arztes, seine Ueberzeugungen momentan umzustoßen. Sobald aber dieser Eindruck fortfällt und damit der Weg für die Triebhaftigkeit seines Krankheitsdeutens wieder frei wird, ergreift er um so lieber die nächste Andeutung von irgendwelchen Krankheitsvorgängen oder das Aufmerksamwerden auf einen aus dem Körper stammenden Reiz, um sich wieder in das „Ghetto" seines Krankheitsglaubens zurückzuziehen und bei der nächsten Gelegenheit in unveränderter Systematik seine Beschwerden vorzubringen. Ein Teil von ihnen kommt auch zu der Ueberzeugung, daß es sich bei ihnen um ein neues, noch unbekanntes Krankheitsbild handele, von dem eben die „Medizin" noch nichts wisse. Sofern diese Ueberzeugung nicht durch das Zwangsmäßige der Krankheitseindrücke und deren immer wieder erfolgende Anreicherung schon psychologisch erklärt ist, muß man darin einen Ausweg des „Intellekts" vor entgegenstehenden ärztlichen Aeußerungen erblicken. Der Hypochonder sucht eben immer aufs neue nach einer Sicherung seiner Anschauungen und ergreift deshalb jede nur möglichen Gründe um, unter Zurückweisung der nicht zu seinen Schlußfolgerungen passenden Urteile, diese vor sich selbst zu rechtfertigen.

Damit im Zusammenhang stehen Versuche, irgendwelche beweiskräftigen Stützpunkte für seine Auffassungen nach außen hin beizubringen. Der Hypochondrische kommt aber nicht dazu, seine Vorstellungen wie etwa der Neurastheniker durch

eine Dysfunktion zu realisieren, weil er sich bei der Formulierung und bestimmten örtlichen Festlegung wie z. B. bei der Ueberzeugung des Hypochonders, an Magenkrebs zu leiden, garnicht in analoger Weise eines Erfolgsapparates bedienen kann. Er verfällt selten — jedenfalls der echte Hypochonder nicht — auf den Ausweg, den Körper als Werkzeug zu Manifestationen im Sinne seiner Anschauungen zu benutzen. Er nimmt vielmehr bisher nicht beachtete und beobachtete psychologische Funktionen, um auch durch ihre wieder falsche Deutung ein neues Gewißheitsmoment zu erlangen. Dahin gehört z. B. das bei Hypochondern so beliebte Zählen des Pulses. Der Hypochonder „beobachtet die körperlichen Funktionen aufs genaueste und stattet sie mit einer Unzahl von Sensationen aus, die Funktionen selber gehen aber dabei ihren Gang" (S. Meyer [50]). Wenn „hypochondrische Anfälle" beschrieben sind oder wenn z. B. Seglas et Logre (65) von einer Kranken berichten, die steif war aus Furcht, die Bewegungen könnten die Nerven angreifen, so gehört das im strengen Sinne nicht mehr zur Hypochondrie. Man muß darin vielmehr mit Kehrer schon „einen hysterischen Ausweg aus der hypochondrischen Einstellung sehen". Ebenso verhält es sich mit dem Aufstoßen, Magenkollern und ähnlichen „Krankheits"-symptomen, wenn man darin nicht, da der Hypochonder nicht immer eine spekulative Absicht damit verfolgt, Demonstrationen sieht, die auch wieder der Selbstvergewisserung dienen, also sozusagen „Autodemonstrationen".

Andererseits ist an dieser Stelle aber darauf hinzuweisen, daß als Folge langdauernder hypochondrischer Einstellung auf psychogenem Wege, als „Sperrung", Ausfallserscheinungen in Körperorganen sich einstellen können, deren Funktion in besonderem Maße — letztlich ist das ja jede Funktion — an einen psychischen Konnex gebunden ist. Hier sei nur hingewiesen auf mannigfache Störungen innerhalb der Sexualsphäre, die sich im Gefolge hypochondrischer Zustände entwickeln, für die diese Sphäre — als Gesamtheit genommen oder einzelne ihrer Teile — den Vorstellungsinhalt lieferten. Auf den Zusammenhang mit Störungen des vegetativen Systems wurde schon oben hingewiesen.

Bekannt ist, daß die hypochondrische Einstellung — hier als komplexe seelische Haltung genommen — bei entsprechenden Bedingungen, als die wir neben allen exogenen Einflüssen in erster Linie ein besonderes seelisches Gerichtetsein, eine konstitutionelle Grundlage, ansehen müssen, bis zu einem regelrechten System sich steigern kann, bis zu einer schmatischen Tendenz, alle nur möglichen und irgendwie der Beobachtung

zugänglichen Körperzonen unter hypochondrischem Aspekt zu betrachten. Dieses System, das wie Kehrer sagt, „seiner Geschlossenheit nach manchmal so wenig hinter demjenigen eines größen- oder verfolgungswahnsinnigen Paranoikers zurücksteht, daß man geradezu von einem Krankheitserfindungswahn sprechen könnte", ist auch der Grund dafür, daß man, sofern man sie überhaupt noch als Krankheitseinheit sah, die Hypochondrie dem klinischen Bild „Paranoia" als Unterform anreihte.

Demgegenüber müssen nicht unwesentliche Unterschiede geltend gemacht werden. Zunächst ist hinsichtlich der Vorstellungsrichtung durch die krankhafte Abweichung in der Erfassung und Verarbeitung des Körper-Empfindens eine Veränderung in der Auffassung alles dessen, was außerhalb des Ich-bereiches liegt, nicht bedingt. Auch die Wertableitung der Ideen ist eine andere; die hypochondrischen Konzeptionen erstrecken sich nur auf Dinge des körperlichen Geschehens, und zwar — kausal aufgefaßt — aus einer im Körper selbst gelegenen Ursächlichkeit. Sie sind nicht von einem Fremdbeeinträchtigungsgefühl getragen, das den eigentlichen Paranoiker kennzeichnet. Dieser verwächst in der Persönlichlichkeitssphäre mit dem Inhalte seiner wahnhaften Außenwelt-Vorstellungen. Dabei ist vom „Ich" aus gesehen seine Beteiligung eine aktivierte. „Ich bin, ich kann, ich werde" sind Aeußerungsformen für ein gesteigertes vitales Gefühl beim Paranoiker. Auch der Verfolgungswahnsinnige bezieht seine Vorstellungen immer auf das herausgeschobene Ich. Die paranoische Einstellung ist egozentrisch, die des Hypochonders ich-beengt.

Auch im Vorstellungsinhalt bestehen durchgreifende Unterschiede. Wenn der Hypochonder sich, wie Steckel sagt, in „phantastisch-allegorischen Bildern ergeht" so bleiben diese eben allegorisch, haben immer nur Symbolcharakter. Sagt der Hypochonder z. B.: es ist, als ob ich den Teufel im Leib habe, so heißt das doch nicht: ich bilde mir ein, den Teufel wirklich im Leib zu haben, sondern ist nur der möglichst drastische Ausdruck für das Quälende der Sensationen, die der Hypochonder nicht wieder los wird. Die Nichtbeachtung dieses „Als-ob"-charakters wird in vielen Fällen der Grund gewesen sein, daß man von deliranter, wahnhafter Färbung auch bei den Bildern echter Hypochondrie gesprochen hat, also nicht nur beim Vorkommen „hypochondrischer" Aeußerungen — wie bei sehr vielen psychotischen Krankheitsbildern — bei einer echten Paranoia. Und schließlich ist auch die Monotonie des hypochondrischen Systems anders begründet als die Unveränderlichkeit des im strengen Sinne paranoischen Wahnsystems.

Ebenso ist ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem schizophrenen Kreis vorhanden. Hier ist auf Grund von Veränderungen tieferer seelischer Bezirke ein absoluter Glaube an die „Echtheit" der Halluzinationen und Illusionen entscheidend. Hier sind aus der Außenwelt bezogene Maßstäbe nicht wie beim Hypochonder verdrängt, sondern im Vorstellungsbereich nicht vorhanden. Vor allem besitzt der Hypochonder nicht den schizophrenen Willensdefekt, da es sich bei ihm neben der falschen Krankheitsempfindung um eine rückläufige willensmäßige Einstellung handelt und zwar aus einem koordinierten Willen heraus.

Wichtiger ist die Abgrenzung gegenüber dem manisch-depressiven Irresein, da man z. T. die hypochondrische Stimmungslage — übrigens nicht berechtigt, wie oben angeführt wurde — summarisch als Depression auffaßt. Die „traurige Gemütsbeengung", ein Kardinalfaktor der Depression, ist bei dem mehr reflektiert eingestellten Hypochonder nicht so bevorzugt ausgeprägt. Vor allem sind Selbstbeschuldigungs- oder Unwürdigkeitsgefühle beim Hypochonder selten vorhanden, in direktem Zusammenhang mit seinem Zustand nie. Die ganze Veränderung des Hypochonders, auch in sozialer Hinsicht, seine Unproduktivität auch in Dingen, die nicht seinen Auffassungen verwandt sind, ist nicht die Folge einer psychobiologischen inneren Hemmung sondern Folge einer genetisch gesteigerten Ich-einkapselung und der dadurch hervorgerufenen Minderung des Interessenumfanges. Von Autoren, die besonders in der letzten Zeit ihre Beobachtungen an Hypochondern im Sinne einer Zugehörigkeit zum manisch depressiven Irresein allgemein ausdeuteten, nenne ich hier Pick (54), Haberkandt (31), Lorrand (1. c.), Carp (1. c.), Nouet et Lautière (1. c.) und Schwarz (64).

Besonders ist dann endlich noch das nosologische Verhältnis der Hypochondrie zur Hysterie Gegenstand eingehender Erörterungen gewesen. Von Autoren, die zwischen beiden psychopathischen Reaktionsformen unterschieden wissen wollen, erwähne ich M. Meyer, Raecke (55), Gillespie (29) und Kehrer (39). Gillespie führt als ein Kennzeichen für Hypochondrie im engeren Sinne an, daß sie sich von der Hysterie dadurch differenziere, daß sie nicht mit Störungen der willkürlichen Innervation verbunden sei. Kehrer erwähnt, daß „sowohl die seelische Einstellung wie die Symptome beim Hypochondrischen grundsätzlich andere sind als beim Hysterischen". Hier zu dieser Frage nur einige Bemerkungen. Der wesentliche psychologische Unterschied liegt in der Tendenz der Einstellung zur Außenwelt, wenn anders man von einer solchen beim Hypochonder überhaupt sprechen kann. Beim Hysterischen geht die Zielrichtung vom Ich zur Außenwelt, er projiziert auf ein „Objekt"

im weitesten Sinne. Es kommt ihm darauf an, „von der Umwelt irgendwie als leidend oder bemitleidenswert behandelt zu werden"; dabei sind seine Manifestationen affektbetonte Kurzschlußhandlungen. Beim Hypochonder dagegen findet, wie schon mehrfach gesagt, ein Rückgang von der ursprünglicheren Objekt-Hinwendung zur Ich-Rückwendung — die psychoanalytische Auffassung sagt in ihrem Sinne von der Objektlibido zur Ichlibido — statt. Es kommt in dieser Ich-einengung zu einer besonders intensiven intrapsychischen Verarbeitung seines Körper-erlebens, zu einem Hineinsteigern in Vorstellungskreise, deren Inhalt er erst sekundär als reaktive Entäußerung seiner seelischen Haltung in die Außenwelt in Form dauernder Klagen wieder von sich gibt. Dabei ist für ihn auch nicht der Körper als solcher Gegenstand der Reaktion sondern der am Körper verlaufende „Krankheitsprozeß". Endlich produziert der Hypochondrische keine „Symptome", sondern ihm sind Klagen und Schilderungen sowie eine übertriebene Rücksichtnahme auf den Körper der analoge Ausdruck seines Leidensgefühles.

An dieser Stelle ist also zusammenzufassen, daß die bei Hypochondern immer wiederkehrenden Klagen, ihr Leidensgefühl und ihre Abkehr von der Außenwelt auf einem eigenartigen psychischen Reaktionsmodus beruhen, der seinem seelischen Entwicklungsgang, der Art seiner Aeußerung und seiner Affektbetonung nach einen eigenwertigen Charakter trägt.

Diese Ausführungen stützen sich auf die Kenntnis und Beobachtung von etwa 40 Fällen von Kranken mit umschriebenen hypochondrischen Vorstellungen. Sie sind ein Teil des Gesamtmaterials Hypochondrischer, die im Beobachtungskreis der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster in der Zeit von 1925—30 zur Erfassung kamen. Dabei soll gleich von vornherein betont werden, daß es sich keineswegs in allen Fällen um einen abgeschlossenen Gesamtzustand hypochondrischer Einstellung im Sinne dieses Aufsatzes handelt. Vielmehr entspricht nur der kleinere Teil von ihnen dem oben skizzierten Bilde, während es sich bei den übrigen mehr um das Auftreten hypochondrischer Gedankengänge im Sinne isolierter überwertiger Ideen handelt. Man muß an Hand der klinischen Beobachtung überhaupt zu der Ansicht kommen, daß wirklich umschriebene „systematische" Hypochondrien seltener sind als man z. T. anzunehmen gewohnt ist. Die häufige Diagnose „Hypochondrie" beruht wohl auf einer zu unklaren Abgrenzung, teils auch darauf, daß man depressive Affektzustände mit irgendwelchen Furchtäußerungen, die sich auf körperliche Vorgänge beziehen, oder auch Befürchtungen im Sinne der Angstzustände, andererseits aber auch ausge-

sprochene Körperwahnvorstellungen diesem Bilde zurechnet, zu dem sie psychopathologisch gesehen im eigentlichen Sinne nicht gehören.

Die Anführung aller beobachteten Fälle im Rahmen dieser Arbeit ist nicht möglich, ist auch nicht erforderlich, weil ein großer Teil, von unwesentlicheren Variationen abgesehen, sich gleicht. Das ganze Material ist in zwei große Gruppen geordnet, je nachdem ob es sich im Einzelfalle um konkurrierende hypochondrische Ideen oder um komplexe Zustände handelt. Für beide Gruppen sind die typischeren Fälle angegeben, während die übrigen mehr summarisch zusammengestellt sind. Die Fälle, die als wirkliche Krankheitseinheit im Sinne dieser Arbeit aufzufassen sind, sollen in diesem Zusammenhang eine eingehendere Besprechung erfahren. Es muß noch erwähnt werden, daß bei einer Anzahl von Fällen eine abschließende und über längere Zeiträume sich erstreckende Zustandsbetrachtung nicht möglich ist, da es sich um poliklinische Patienten handelt.

Zur ersten Gruppe gehören Fälle, bei denen hypochondrische Aeußerungen sich z. T. an bestimmte eindrucksvolle Erlebnisse anknüpfen und als Folgezustände dieser in ihrem Umfange begrenzt bleiben, sowie Grenz- und Ueberschneidungsfälle bei anderen seelischen Krankheitsbildern, bei denen man die hypochondrischen Ideengänge ihrer Wertigkeit nach als b e i g e s c h a l t e t ansehen muß.

Fall 4:

34 jähriger Invalide, früherer Grubenarbeiter.

Der Patient ist im Felde 1916 durch einen Steckschuß am Schienbein verwundet worden, wobei die Wunde folgenlos verheilt ist. Seitdem die Wunde geschlossen ist, hat er von dieser Stelle ausgehend Kribbeln und Ameisenlaufen am ganzen Körper. „Es zieht vom linken Bein aus bis in den Kopf, es ist wie ein Schlag in den Nacken, wie ein Blitz, wie mit der Peitsche. Ich habe das Gefühl wie ein lebendiges Fressen im nackten Fleisch". Weiter klagt er über „Kratzen" in der Herzgegend, er hat sich oft Gedanken darüber gemacht. „Ich muß immer wieder daran denken, weil es garnicht besser wird".

Befund: Kopf angeblich diffus kopfempfindlich, innere Organe o. B., sämtliche Reflexe ziemlich lebhaft, am linken Bein etwas schwächer. An der Außenseite des linken Schienbeines reizlose Narbe, unterhalb derselben wird die Oberflächensensibilität als herabgesetzt angegeben. Stark gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit und Hyperhydrosis. Conjunktivitis vasomotorica.

Es handelt sich hier also um hypochondrisch ausgewertete Körperempfindungen, die fälschlich zu der bekannten Ursache des Traumas in Beziehung gesetzt werden, in Wirklichkeit aber als Erscheinungen einer vegetativen Neurose anzusprechen sind.

Fall 6:

31 jähriger Dachdecker.

Patient klagt seit einem Jahre über Gefühle in der Herz- und Magengegend „wie wenn eine Ziehharmonika auf und ab gezogen würde. Wenn Blähungen abgehen, läßt es nach." In schlechter Luft sei es besonders stark „wie eine Beklemmung in der Magengegend, es drückt dann nach dem Halse, so daß es noch schlimmer wird". Im Magen habe er öfter ein „Knurren" beobachtet, besonders zu Beginn der Mahlzeit. Das habe doch sicher etwas zu bedeuten. Im letzten Winter sei es so schlimm gewesen, daß er nicht im Zimmer sondern auf dem Hofe habe schlafen müssen, weil er meinte, dadurch könne er die Beschwerden bessern. Er führt alles auf eine ärztliche Behandlung zurück, die er wegen eines „Druckes" in der linken Brustseite in Anspruch genommen habe. Seitdem er die ihm damals verordnete Medizin genommen habe, habe er die oben geschilderten Beschwerden. Er verspürt auch einen Druck über dem Auge. Innerlich sei er sehr aufgeregt, er müsse viel über sein „Leiden" nachdenken. Im ganzen habe es sich wohl schon etwas gebessert, er müsse sich aber genau danach einrichten; so ißt er z. B. kein Fleisch, weil dann der Magen drücke. Vor dem Gewitter sticht es ihm in der linken Brust, „es ist so ein Gefühl, als ob etwas geschwollen ist", auch habe er Blutstropfen in der Nase beobachtet. Abwechselnd habe er Durchfall oder Verstopfung, zeitweise sei der linke Hoden angeschwollen und stehe höher.

Aus der Familienanamnese ergibt sich nichts besonderes. Körperlich mittelkräftig gebaut. Lunge, Herz und übrige innere Organe o. B. An der rechten Brustseite ausgedehnte Brandnarbe (Verbrühung im Kindesalter), Beweglichkeit im linken Knie leicht behindert, Reflexe am linken Bein etwas schwächer, keine Atrophie. Darauf aufmerksam gemacht, erzählt er, er habe früher „Gelenkrheumatismus" gehabt. In der rechten regio scapularis Schrappnelverletzung (Pat. ist Kriegsteilnehmer gewesen), sonst Befund abgesehen von einer starken vasomotorischen Uebererregbarkeit ohne Besonderheiten. Psychisch nicht auffällig, stark mit sich selbst beschäftigt.

Nach mehrwöchiger poliklinischer Behandlung fühlt er sich etwas besser. Bei einer Wiedervorstellung nach weiteren zwei Monaten bringt er wieder seine Klagen über das „Ziehharmonikagefühl" vor und ist um seinen Zustand besonders besorgt.

In diesem Falle sind zwei Tatsachen als besonders bemerkenswert herauszuheben, einmal die Anknüpfung an eine ärztliche Konsultation, und weiter die Tatsache, daß wirklich vorhandene Veränderungen, die schon seit früher Kindheit vorhandene Narbe an der rechten Brustseite, die Schußverletzung an der rechten Scapula, für die man doch eine besondere Erinnerungsbetonung annehmen sollte, sowie die Behinderung im linken Kniegelenk in die hypochondrischen Betrachtungen nicht einbezogen werden. Dagegen werden von dem Patienten Wahrnehmungen, die für ihn ja in ihrer Eigenschaft als vegetative Reizerscheinungen nicht erklärbar sind, schon mit einer etwas querulatorischen Schattierung auf eine falsche ärztliche Behandlung zurückgeführt. Grade diese besondere querulato-

rische Ausdrucksform, die bei Hypochondrischen ja bekanntlich nicht selten vorkommt, ist als Ausdruck der Ich-einengung anzusehen.

Fall 9:

25 jährige Hausangestellte.

Schon als Schulkind hatte die Patientin viel Kopfschmerzen, im Alter von 7 Jahren wurde sie an der rechten Stirnhöhle operiert. Es sei ein Gewächs „wie eine Zwiebel aber mit unzähligen Wurzeln" entfernt worden. Auch nach der Operation habe sie immer noch starke Schmerzen und entzündete Augen gehabt. Seit dem Eintreten der Menses hat sie für etwa 5 Jahre keine Beschwerden mehr gehabt. Mit 18 Jahren trat sie in den Postdienst ein und zwei Jahre später traten die Beschwerden wieder auf. Wenn sie den Hörer im Telefondienst auf dem Kopfe hatte, verspürte sie immer ein Gefühl, als ob der Kopf wund sei. Später aus häuslichen Gründen Aufgabe des Dienstes, danach wieder eine Besserung der geklagten Beschwerden, die dann aber wieder zunahmen, seitdem sie jetzt als Hausangestellte tätig ist. Sie klagt bei der Untersuchung über „Schmerzgefühle" in der Schädelmitte sowie in den Augen und Ohren. Sie beschreibt sehr eingehend, daß die Bulbi oft in Convergenzstellung gingen, Sie halte sie dann durch starkes Eindrücken fest, „damit sie sich nicht so stellen". Bei den Schmerzen habe sie stets ein Gefühl der Uebelkeit, es drehe sich alles um sie herum und sie müsse sich hinlegen. Sie macht sich viel Gedanken über ihren Zustand, „es müssen sicher Tuberkeln im Kopf sein". Sie könne sicher nicht mehr geheilt werden.

Aus der Familienanamnese ergibt sich, daß die Mutter auch häufig unter Kopfschmerzen gelitten habe.

Sexualanamnese: Vor sechs Jahren einmal außerehelich geboren. Auch darüber habe sie sich Gedanken und Vorwürfe gemacht.

Befund: Allgemeinzustand und peripheres Nervensystem o. B. Leichte Klopfempfindlichkeit des Kopfes. Vasomotorisch stark übererregbar und feinschlägiger Tremor der Hände. Beim Prüfen auf „Romberg" leichtes Körperschwanken.

Es handelt sich hier wohl um vasomotorische Kopfschmerzen, vielleicht um einen migräneartigen Zustand. Die Patientin, die einen etwas beschränkten Eindruck macht, deutet aber ihren Zustand im Sinne von „Tuberkeln". In der Exploration kann eine besondere Beziehung zwischen ihren Beschwerden und den Sexualerlebnissen nicht gefunden werden. Der ursprüngliche Anlaß zur Entwicklung ist hier wohl die, naturgemäß unkritische, Erinnerung an die in der Kindheit vorgenommene Operation.

Fall 16:

45 jähriger Schlosser.

Der Patient ist in den letzten 14 Jahren als Vorschlosser beschäftigt gewesen. In der Familienanamnese nichts Besonderes. Ist in der Schule gut mitgekommen und wurde dann gleich Schlosser. Aktiv gedient hat er nicht wegen einer Blutvergiftung und Ver-

steifung an der linken Hand. Ebenso war er nicht Kriegsteilnehmer. Im Jahre 1925 erlitt er einen Betriebsunfall; es sei ihm eine Fußbodenbohle „direkt mitten auf den Kopf" gefallen. Danach sei er „zusammengesackt" und habe starke Schmerzen gehabt, aber weder Erbrechen noch andere Störungen. Auch habe er gleich wieder gearbeitet, ohne krank zu feiern bis zum September 1925. Damals erlitt er wieder einen Betriebsunfall, wobei er mit dem Kopf gegen die Seitentür eines Eisenbahnwagens stieß. Trotzdem er sich genau inspizierte, konnte er aber am Kopf nichts von einer Schnittwunde, die er zu haben glaubte, feststellen. Er hat dann wieder 14 Tage gearbeitet, bis er eines Morgens beim Aufstehen schwindelig geworden sei. Dabei habe er ein „Zucken" in den Kopf bekommen, das sich innerhalb von drei Tagen mehrmals wiederholt habe, sodaß er den Arzt hätte zu Rate ziehen müssen. Nach dreiwöchigem Hausaufenthalt habe er beim Arbeiten wieder Schwindel bekommen und sei dann ins Hospital in O. aufgenommen worden. Hier wurde bei einer Röntgenaufnahme eine Verletzung des Schädels festgestellt. „Von der zweiten Schädeldecke war ein Knochen abgesplittert, das Zuheilen nahm zuviel Platz weg und drückte auf das Gehirn". Nach dieser Untersuchung hat er nicht mehr gearbeitet, weil er 100 Prozent erwerbsunfähig sei. Er klagt jetzt über Schwindel, der von der Witterung abhängig sei. Im Sitzen, wenn er die Arme aufstützt, hat er keinen Schwindel, ebenso im Liegen nur selten.

Er fühle sich jetzt sehr krank, im Hospital in O. habe der Arzt damals mehreremale gesagt: H., es sieht sehr schlimm mit Ihnen aus, Sie haben eine Schädeldeckenverletzung und operativ vorzugehen ist zu gefährlich.

Befund: Allgemeinzustand und innere Organe ohne krankhaften Befund. Am Kopf ist keine Narbe sichtbar, auch wird Beklopfen des Kopfes nicht als schmerzhaft empfunden. Hirnnerven o. B. Die beiden kleinen Finger der linken Hand sind verkrüppelt (siehe oben). Bei Fuß-Augenschluß kein Gleichgewichtverlust, im übrigen neurologisch o. B. Auch in psychischer Hinsicht nicht besonders auffällig, vor allem keine Gedächtnislücken und keine erkennbare Urteilsschwäche. Mehrfache Röntgenaufnahmen ergaben keinerlei Veränderungen des knöchernen Schädels.

Somit hat sein ungewöhnlich gesteigertes Krankheitsbewußtsein seinen Ursprung in der überwertigen Vorstellung, daß durch den Unfall eine angeblich im Röntgenbild nachweisbar gewesene Schädigung von Schädelknochen erfolgt sei und daß sich daraus ein gefährliches, unheilbares Leiden entwickele. Ob die von ihm angeführten ärztlichen Aeußerungen in seiner Formulierung richtig sind, muß dahingestellt bleiben, jedenfalls hat er sie zu einer wesentlichen Stütze seiner hypochondrischen Anschauungen ausgewertet.

Dieser Fall bietet deswegen ein besonderes Interesse, weil er nach zwei Jahren nochmals untersucht werden konnte.

Er brachte genau wieder die gleichen Klagen vor, besonders über Schwindel, der noch stärker geworden sei, nachdem er im Jahre 1929 wieder zu arbeiten versucht habe. Er gibt dann genaueste

Schilderungen über die verschiedenen Schwindelanfälle und die Art und Weise ihres Auftretens in schriftlichen Festlegungen. Er klagt jetzt auch noch über Kopfschmerzen, wobei ihm besonders der Scheitel schmerze, vorwiegend dann, wenn er an die frische Luft komme. Er hat ausprobiert, daß der Schwindel auf einer Asphaltstraße eher auftritt als auf einer gepflasterten. Er sei leicht aufgeregt und zittere am ganzen Körper.

Der Befund ist der gleiche wie früher angegeben. Augenärztlicherseits fand sich beiderseits Alterssichtigkeit und ein geringer Hornhautastigmatismus. Im inneren Winkel der linken Orbitahöhle eine kleine dunkelblau gefärbte Narbe; an dieser Stelle hat er sich angeblich öfter „so trockenen Krams herausgeputzt", von dem er annimmt, daß es Blut sei, das von der bei dem Unfall erlittenen „innerlichen Kopfblutung" herrühre.

Wesentlich ist in diesem Falle das starre Festhalten an seiner hypochondrischen Auslegung eines geringfügigen Traumas und das Anreichern dieser isolierten hypochondrischen Idee durch neue Beobachtungen.

Fall 20:

24 jähriger Student.

Wenn Patient einen halben Tag nichts ißt, dann „setzen die Nerven aus". Er bemerkt eine wellenförmige Bewegung seines Magens, „die Magensäure tritt in die Nerven über und lähmt sie vollständig". Wenn er abends nüchtern ins Bett gehe, könne er sich am anderen Morgen kaum rühren. Dabei achtet er im Bett in besonderer Weise auf seinen Körper, er fühle oft das Zittern des Magens und höre sogar das „Wellenplätschern". Oft habe er Stiche und Schmerzen in den Arm- und Beinmuskeln. Er glaubt an ein bei ihm vorhandenes besonderes Magenleiden.

Aus der Anamnese ergibt sich, daß der Vater das gleiche Leiden habe, „oder wenigstens so ähnlich", auch mehrere der Geschwister hätten fast ein gleiches Leiden.

Der körperliche Befund bietet, abgesehen von einer vasomotorischen Uebererregbarkeit und sehr lebhaften Reflexen keine besonderen Abweichungen. Psychisch ist er sehr sensitiv, leicht verletzlich.

Hier liegt ein Fall von hypochondrischer Körperbeobachtung und Wahrnehmung vor, ohne daß noch „fertige" Erwartungs- oder Krankheitsvorstellungen daran geknüpft sind. Aber grade die für einen Menschen dieser Bildungsstufe immerhin sensationelle Aufnahme von Körperempfindungen zeigt deutlich schon eine Bereitschaft zu hypochondrischen Reaktionen. Aus der Anamnese ist noch besonders der Hinweis von Wert, daß es sich offenbar um eine konstitutionelle Veranlagung zu solchen Auffassungen handelt.

Fall 24:

54 jährige Lehrerin.

Patientin bemerkt seit zwei Jahren in zunehmendem Maße, daß „die untere Gesichtspartie von der Oberlippe an und auch die

Zunge sich weniger bewegen läßt". Sie habe oft ein „kribbelndes Gefühl" und Last mit vermehrter Speichelbildung, der ihr zum Munde herauskomme. Das Kauen selber sei aber nicht beeinträchtigt. Im Spiegel habe sie bemerkt, daß die untere Gesichtspartie dicker geworden sei. Das Leiden sei ganz allmählich entstanden, irgendeine besondere Krankheit sei nicht vorausgegangen; insbesondere ergibt sich aus der Anamnese kein Anhaltspunkt für eine durchgemachte Encephalitis ep. chron. Sie mache sich jetzt oft Gedanken darüber, namentlich weil es ihr beim Unterricht sehr unangenehm sei. In der Jugendzeit hat sie einmal Paratyphus durchgemacht, sonst nicht ernstlich krank. Der Vater sei sehr nervös gewesen, sonst Familienanamnese o. B. Bisher schon verschiedentlich ohne Erfolg behandelt. Seit drei Jahren Menopause.

Befund: Mittlerer Allgemeinzustand, innere Organe o. B., ebenso Nervensystem ohne krankhafte Abweichungen. Linker Mundwinkel steht etwas tiefer, Innervation aber beiderseits gleich. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Sensibilität intakt.

Psychisch: Maniriertes Wesen, etwas prätentiöse Sprache und Ausdrucksweise. Die Klagen bringt sie objektiv vor, ohne daß dabei eine besondere Gemütsbewegung ersichtlich ist.

Nach einigen Wochen wieder die gleichen Klagen, die Sprache sei nicht mehr so artikuliert wie früher, weil die Gesichtsmuskeln „gelähmt" seien. Das sei ihr besonders unangenehm beim Unterricht, wo die Kinder darauf achteten.

Hier liegt eines der öfter beschriebenen hypochondrischen Zustandsbilder in der Uebergangsperiode des Klimakteriums vor, in dem hypochondrische Vorstellungen besonders häufig zum Ausbruch kommen, wohl aus dem Grunde, weil durch allgemeine körperliche Umbildungsvorgänge eine gewisse Unsicherheit in der Bewertung von Körperempfindungen überhaupt auftritt, etwa im Sinne einer Störung des „Körperschemas" Schilder's. Analog sind auch die zur Pubertätszeit vorkommenden, dann allerdings häufiger passageren hypochondrischen Zustände zu erklären. Hier im vorliegenden Falle zeigt sich besonders auch die oben erwähnte Bindung der Vorstellung an ein mit erhöhtem Wert ausgestattetes Organ — in diesem Falle der Mund — beim intellektuell Höherstehenden.

Fall 28:

23 jähriger Student.

Patient gibt an, vor ungefähr eineinhalb Jahren kurz vor dem Abitur ein Bohren im Nacken beim Lesen und Schreiben empfunden zu haben, das allmählich in ein „Knacken" übergegangen sei. Dann sei ein „Zucken" in der Muskulatur aufgetreten und zwar so, daß einmal dieser und darauf jener Muskel „angespannt und dann wieder losgelassen" wurde, so ungefähr ein- bis zweimal hintereinander. Er habe sich viel Gedanken darüber gemacht, weil er annahm, es handele sich um eine Rückenmarkserkrankung. Er habe einen Monat lang nicht richtig geschlafen und wenn er wach im Bett lag, habe er über das kommende Examen nachgedacht, weil er meinte, daß

er es nicht bestehen würde. Nach dem Examen sei er dann beschwerdefrei gewesen, bis er dann im letzten Semester, in M. wieder unter den gleichen Beschwerden zu leiden gehabt habe. Er schläft jetzt nachts schlecht, glaubt, daß dies vom Magen herrühre, denn wenn er auf den Magen drücke, tue es ihm weh. Ein Knochen der Halswirbelsäule stehe vor (7. H.W.!), er glaubt, daß das etwas besonderes zu bedeuten habe.

Befund: Mittelkräftig, innere Organe o. B. Herzaktion etwas beschleunigt und Töne leicht paukend. Mäßige Akrocyanose und sehr lebhafte vasomotorische und mechanische Muskelerregbarkeit. Nervensystem sonst ohne krankhafte Abweichungen. In psychischer Beziehung ohne Besonderheiten.

Obwohl man zunächst geneigt sein könnte, hier einen „neurasthenischen" Schwächezustand beim Examen anzunehmen, so zeigt doch das nach einem bestimmten, durch die Neuartigkeit des Lebenskreises als Student beeinflußten, Zeitablauf wiederkehrende hypochondrische Bewerten falschgedeuteter Beobachtungen — so besonders der Gedanke, daß das Vorspringen des 7. Halswirbels irgendeine Krankseinsbedeutung habe — die eigentliche Grundlage einer das Körpererleben betreffenden psychischen Koordinationsstörung.

Fall 33:

39 jähriger Bauarbeiter.

Patient klagt über auf- und abziehende Schmerzen als ob ein Geschoß (siehe unten) in der Speiseröhre „immer auf- und abrutsche". Die Schmerzen seien dauernd, am heftigsten vor den Mahlzeiten, „so als ob das Geschoß den Magen auskehrte". Nach dem Essen ist es wieder etwas besser. Mitunter hat er „kolossale Stiche in der Herzgegend, so daß ich nicht richtig durcharbeiten kann. Die ganzen oberen Organe sind beteiligt, das hängt alles mit dem Geschoß zusammen. Wenn das Geschoß richtig am quälen ist, dann spüre ich es bis oben an die Luftröhre, ich muß dann husten und es ist grade, als ob das Geschoß dann eine andere Lage sucht. Ab und zu habe ich auch Kopfschmerzen, das kommt aber vom Magen her, als wenn das Geschoß alles durcheinander drehte, dann ist es so, als ob das Geschoß zum Halse heraufsteigt, so als ob es zum Kopfe heraus wollte, als ob es zur Nase herauf stiege". Ferner hat er ein Druckgefühl über der Nase, über den Augen und hinter der Stirne, es werde ihm oft schwarz vor den Augen, auch oben in der Wirbelsäule und im linken Schulterblatt habe er Schmerzen, „das hängt alles zusammen, das ganze Werks".

Patient wurde 1915 im Felde durch Schrappnelkugeln verletzt, eine links in der Brust steckende wurde entfernt, eine weitere in der linken Brust blieb bis heute dort sitzen. Nach Abheilung seiner Verwundung war er wieder als k. v. an der Westfront. Danach sei er krank geworden wegen Schmerzen in der linken Brust. „Das Zwerchfell war dick geworden, sodaß ich es außen fühlen konnte". Später wurde er nochmal verschüttet, kam dann wieder an die Front und wurde bei Kriegsausbruch als gesund und ohne Rente entlassen. Nach dem Kriege nahm er seine Arbeit als Tiefbauarbeiter wieder

auf. Seit 1927 hat er angefangen zu „doktern". Auf genaueres Befragen gibt er an, daß er wegen Halsschmerzen zum Arzt gegangen sei, den er dann auch gefragt habe, ob seine Beschwerden vielleicht mit der Kriegsverletzung im Zusammenhang stehen könnten. Der Arzt habe ihm erklärt, es könne wohl noch ein Geschoß darinstecken, aber man könne daran doch nichts machen, denn an dieser Stelle könne nicht operiert werden. Bei einer späteren ärztlichen Untersuchung habe man ihm dann den Gefallen getan und eine Röntgenaufnahme der linken Brustseite gemacht, wodurch er zum ersten Male sicher erfahren habe, daß noch eine Kugel in der Brust stecke.

Familienanamnese o. B.

Befund: Normaler Kräfte- und Ernährungszustand, gerötete Gesichtsfarbe, Conjunktivitis vasomotorica. Schilddrüse nicht vergrößert. Innere Organe o. B. Starke Schweißsekretion, stark gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit. Blutbild o. B. Im Bereich der Hirnnerven keine besonderen Störungen. Beweglichkeit im linken Schultergelenk unbehindert, keine Atrophien. Reflexe beiderseits gleichmäßig lebhaft. Auf der linken Brustseite kleinere reizlose Einschußnarben. Im Röntgenbild zeigte sich, daß noch eine Schrappnelkugel auf der linken Seite im hinteren unteren Brustraum extrapleural sitzt. Die Kugel ist folgenlos eingeheilt und die untersuchende medizinische Universitätsklinik hält es für nicht vorstellbar, daß die geklagten Beschwerden von der Kugel ihren Ausgang nehmen können.

Bemerkenswert ist hier, daß der Patient sich völlig in den Gedanken hineingelebt hat, daß seine vielseitigen „Beschwerden" einzig und allein durch das noch im Brustkob steckende Geschoß verursacht seien, eine Ueberzeugung, die beinahe mit wahnähnlicher Zähigkeit festgehalten wird. Auffallend ist die Analogie zu Fall 4. Bei beiden ist das gleiche auslösende Moment vorhanden; auch hier sind als Grund für wirklich vorhandene Mißempfindungen vegetativ bedingte Störungen anzusehen, wobei hier nochmals auf das weiter oben Gesagte und auch auf eine Reihe der übrigen Fälle hingewiesen sein soll. Bei diesem letzten Kranken sind die Vorstellungen schon systematisierter in der Richtung einer allgemein hypochondrischen Körperbeobachtungstendenz, bleiben aber — und deshalb die Einreihung an dieser Stelle — bewußt an ein auslösendes Ereignis angeknüpft. Die langsame Steigerung und Entwicklung ist deutlich aus der Anamnese ersichtlich, Anknüpfung bewußter Krankheitsvorstellungen zuerst an eine ärztliche Aeußerung, dann Steigerung der Körperschädigungsvorstellungen und endlich Verankerung, nachdem durch die Feststellung des Geschosses ein Fixationspunkt gegeben ist.

Die Fälle, die in diesem Beobachtungszusammenhang sonst noch aufzuführen wären, Fall 10, 11, 12, 15, 19, 27, 29, 34

und 37 sollen hier keine besondere Besprechung finden, da es sich in psycho-systematischer Hinsicht um fast das gleiche oder wenigstens den vorstehenden Fällen weitgehend ähnliche Bild handelt. Zu erwähnen ist vielleicht nur, daß bei einigen von ihnen debile Züge zu einer deutlicheren debilen psychischen Struktur schon ausgeprägt sind, wie z. B. im Fall 37 bei einer 35jährigen Fabrikarbeiterin, die über ein schweres Herzleiden klagt, bei dem das Herz „immer so schlägt, daß das Bett wackelt". Abgesehen von verschiedenen degenerativen Stigmata haben ihr ganzes Gebahren und ihre intellektuellen Leistungen den Charakter einer deutlichen Schwachsinnigkeit.

Wir finden hier also, wenn wir zusammenfassen, — und zwar trotz gewisser psychogenetischer Verschiedenheiten als einheitliche Gruppe — Fälle, bei denen es noch vorwiegend bei einem überbewerteten Empfindungszustand bleibt, an den eine überwertige Vorstellung und auch Befürchtungen als Folge angeknüpft sind. Es kommt aber noch nicht zu der besonderen gedanklichen Verarbeitung des eigentlichen Hypochonders, nicht zu einer übergeordneten Veränderung des seelischen Spannungszustandes, zu einer Aenderung der psychischen Dynamik. In diesen Fällen bleibt überwiegend die konsekutive Vorstellung auf einen fest umgrenzten Schädigungsvorgang bezogen, ist also erkenntnismäßig ein abgeschlossener Prozeß. Es kommt nicht zu einem Zusammenhangsverlust zwischen der ursprünglich auslösenden Ursache und der resultierenden hypochondrischen Vorstellung, wie bei einem Teil der weiter unten angeführten Fälle, bei denen auch im Beginn ein kausal und affektiv besonders betontes Ereignis steht. Hier bleibt noch das Unlustgefühl vorherrschend — somit liegt eine gewisse Beziehung zur „Neurasthenie" vor. Die Patienten verlangen zumeist in ihrer willensmäßigen Einstellung Beseitigung oder wenigstens Beeinflussung ihres Zustandes, wenn dem auch vielleicht wunschmäßig Gründe entgegentreten, z. B. Rentenbegehren.

In enger Beziehung zu diesen Formen stehen solche, bei denen die gleiche Art isolierter hypochondrischer Vorstellungen mit andersinhaltigen Zwangsgedanken verbunden sind oder selbst mit dem ausgesprochenen Charakter von Zwangsideen auftreten. Sie unterscheiden sich aber von den überwertigen Ideen im engeren Sinne bei den bisher aufgeführten Fällen der ersten Gruppe dadurch, daß sie, wie Friedemann (27) für Zwangsideen allgemein feststellt „mit einem durchaus gleichartigen Affekt aufgenommen werden" (erg.: wie sonstige Vorstellungen). Es kommt aber auch hier, wie in den obigen Fällen, „eine qualitative Steigerung der entsprechenden Vorstellungskreise" zum Ausdruck.

Fall 21:

33 jährige Hausfrau.

Bei der Patientin handelt es sich um Klagen über Angstanfälle, bei denen der Hals zugeschnürt ist, über Hitze im Kopf und Gesicht, Kopfschmerzen besonders in der linken Kopf- und Stirnseite, ferner ein Druckgefühl im Leib mit Aufstoßen und endlich über Schmerzen im Rücken und im Kreuz. Alles dieses tritt aber nur anfallsweise auf. Dabei habe sie so merkwürdige Gedanken, z. B. wenn sie Brot schneidet, müsse sie immer denken, „als wenn ich mich totstechen müßte", oder auch, als ob sie das Kind auf ihrem Arm umbringen müßte. Früher nicht krank gewesen, nach 4 Lebend-, 5 Totgeburten, hatte angeblich keine Geschlechtskrankheiten.

Der Befund zeigt einen mäßigen Kräfte- und Ernährungszustand, etwas lebhafte Reflexe und eine angebliche leichte Klopfempfindlichkeit des Kopfes, sonst aber keine besonderen krankhaften Abweichungen. Wa. R. negativ.

Nach Behandlung mit Sedativa klagt sie nach zwei Monaten noch über die gleichen Beschwerden und auch über die Zwangsgedanken, so z. B. wieder darüber, daß sie, wenn sich ihr Kind auf ihrem Arm befinde, denken müsse, es zu erwürgen. Diese Gedanken verfolgen sie überall hin und quälen sie. Auch nach weiteren drei Monaten keine Besserung.

Aehnlich verläuft es bei *Fall 17* bei einem 19 jährigen Studenten. Hier liegen mehr zwangsmäßig skrupulöse Vorstellungen vor. Er klagt insbesondere über ein seit einiger Zeit bestehendes unangenehmes Gefühl auf der Kopfhaut und über Schmerzen, die vom Scheitel bis nach hinten herunter in den Rücken ziehen. Bei der Exploration erzählt er, seine Schmerzen seien „seelische". Er quält sich schon seit Obertertia mit Skrupeln ab, er habe die Sakramente unwürdig empfangen und später habe er auch Zweifel an der Glaubenslehre gehabt. Diese Zustände seien bald besser, bald schlimmer. Sein Beichtvater habe ihm gesagt, es wäre krankhaft, er solle zu einem Arzt gehen, sonst werde eine Geisteskrankheit entstehen. Darüber habe er sich viele Gedanken gemacht, glaubt immer, jetzt fange die Geisteskrankheit an, und daß davon die Kopfschmerzen kämen. Zuletzt sei er vor Angst ganz verwirrt gewesen. Eine Zeitlang meinte er, er sei geschlechtskrank, „weil aus der Harnröhre Schleim kam".

Befund: (wird in der medizinischen Klinik wegen eines Herzfehlers behandelt). Neurologisch: Sehr lebhafte Reflexe, feinschlägiges Händezittern und starke vasomotorische Uebererregbarkeit. Psychisch: Schließt sich stark ab, ängstliches Wesen, aber keine besonderen Ausfälle.

Hier liegt also eine hypochondrische Reaktion vor bei einem skrupulösen Patienten, dessen körperliche Minus-Vorstellungen — auch unter einem gewissen Zwang verlaufend, sich an ein, für ihn autoritatives Urteil anschließen. Immerhin ließ sich nach zehnmonatiger Behandlung eine Besserung seines Zustandes, besonders auch der skrupelhaften Zwangsvorstellungen erkennen.

Bei Fall 22 und 23 liegt neben den hypochondrischen Anschauungen eine mehr hysterisch gefärbte Reaktionsweise

vor, durch die isolierte Vorstellungen hypochondrischen Inhaltes, die einer eigentlichen charakterologischen Richtung, eines Hintendierens zu hypochondrischer Körper- und darüber hinaus sogar Lebensbetrachtung bedürfen, nicht ausgeschlossen sind. Diese Fälle sind aber mit Recht als beigeordnete reaktive Gedankengänge anzusehen, da ein anderes Bild den Grundton der seelischen Abnormität bestimmt.

Fall 23:

47 jährige Putzfrau.

Patientin klagt über heftige Kopfschmerzen in Scheitelhöhe, die morgens beim Erwachen schon vorhanden sind und tagsüber bei Anstrengungen oder bei Witterungswechsel stärker werden. Weiterhin klagt sie über Schwindelanfälle beim Gehen, es ist „so ein Gefühl, als ob man besoffen ist". Sie fühle sich im ganzen schlapp und abgespannt, sie sei immer müde und habe überhaupt keinen Appetit. „Das tut der Magen, weil der Magen auch nicht in Ordnung ist, das kommt vom Krieg her, das warme Kriegsbrot, das ich immer gegessen habe. Ich kann mich manchmal krümmen vor Schmerzen", am schlimmsten seien die Schmerzen, wenn sie ein Ei gegessen habe, ganz gleich in welcher Form zubereitet; sie habe dauernd einen Darmkatarrh. Der Stuhlgang sei wie Wasser, mehrmals am Tage. „Wenn ich ein Brötchen esse oder sonst eine Kleinigkeit, sofort geht es hinten wieder ab wie Wasser". Das Wasser habe dabei immer so rötlich ausgesehen, der Arzt habe gesagt „weil ich es an den Nieren haben soll". In der letzten Zeit habe sie stärkere Blutungen gehabt, außerdem klagt sie über einen starken gelblichen Ausfluß.

Befund: Mäßiger Kräfte- und Ernährungszustand, innere Organe o. B. Pupillenreaktion auf Lichteinfall nicht sehr ergiebig. Reflexe sehr lebhaft. Beim Prüfen auf „Romberg" starkes Körperschwanken. Wassermannsche Reaktion im Blut negativ.

Die internistische Untersuchung ergab im Bereich des Magen-Darmkanals keinen Anhaltspunkt für das Bestehen einer ernsthaften Erkrankung. Dagegen fanden sich Anzeichen für eine geringgradige Arteriosklerose. Bei der gynäkologischen Untersuchung wurden zwei gutartige Cervixpolypen festgestellt, die entfernt wurden.

Psychisch: Patientin ist sehr leidselig, ganz auf ihre angeblichen Beschwerden, vor allem aber auf deren demonstrative Betonung eingestellt. In intellektueller Hinsicht liegt ein geringer Grad von Debilität vor.

Nach einem Monat erscheint sie wieder zur Untersuchung; sie ist sehr in Aufregung über ihre Menses, das Blut sei so hellrot, sei so „stark" und dergleichen mehr.

Bei *Fall 22* handelt es sich um einen ähnlichen Zustand bei einer 49 jährigen Fabrikarbeiterin.

Sie klagt über ähnliche körperliche Beschwerden, daneben noch über Anfälle, die meistens in der Kirche oder an ihrer Arbeitsstelle in der Fabrik auftreten und über Brechreiz dabei. Sie sei „ganz weg", die Leute sagen, in dem Anfalle „sehe sie ganz weiß aus, als ob sie tot wäre".

Noch deutlicher als in diesen Fällen kommen bei den folgenden Kranken hypochondrische Einzelvorstellungen oder Vorstellungszusammenhänge als syndrome Reaktionen auf der schon primär kranken Grundlage verschiedenster Psychosen zustande. Wesentlich ist dabei aber, daß Funktionen des Intellekts, des Willens oder auch der Affekthaltung hier Störungen in einer Ausprägung zeigen, die bei der Hypochondrie als solcher nicht vorkommen. Hier wäre der Ausdruck „Symptomkomplex" angezeigt, da es sich hier nur um beigeordnete Modifizierungen des Inhaltes von Ideen handelt, die selbst schon in ihrer Genese und ihrem Ablauf durch ein anderes Krankheitsbild psychopathologisch verändert sind. Diese Fälle sind hier vorwiegend aus dem Grunde angeführt, um zu zeigen, daß man zwischen hypochondrischen Reaktionen, etwa bei Psychosen, und einer idiopathischen hypochondrischen S e e l e n h a l t u n g unterscheiden muß.

Fall 1:

47 jähriger Landwirt.

„Der Leib ist weg, der ist verschwunden, in den Händen ist kein Blut mehr. Es ist alles zusammengedrückt, rausgenommen, mit dem Wasser ist alles abgegangen. Alles ist zusammengetrocknet, der Kopf ist klein geworden." Der Patient ist sehr wortkarg, spricht leise und weinerlich. Dreiviertel Jahre später Wiedervorstellung. Er reibt sich die Hände, sie seien weiß, es sei kein Blut mehr darin, im Leib sei auch nichts mehr.

Bei der Besprechung seiner Kriegsteilnehmergeschichte legt er Wert darauf, daß die Umstände eines unternommenen Suicidversuches ganz genau beschrieben werden.

Fall 3: (Fall 2 ist ganz ähnlich).

48 jähriger Arbeiter.

„Wenn ich mich setze, hab ich ein Gefühl, als wenn ich auf einem Sack sitze, ich hab das Gefühl, als wenn innen alles kaputt ist. Wollen Sie mal fühlen, ob das Herz noch klopft". Daneben klagt er hauptsächlich über Beschwerden, die im Unterleib herumwandern. Ein Jahr später hat sich der Zustand schon mehr in der Richtung von Verfolgungs- und Beziehungsideen paranoiden Charakters fortentwickelt. „Meine Eingeweide ist weg, erst kriegte ich klare Medizin, dann graue. Ich bin zu, mein Popo ist zu, ich kann mich nur übergeben. Die Brust ist voll von Essen, mein Puls ist kalt, er geht nicht mehr, ich bin eben ein toter Mann".

Dabei ist er sehr redselig, von einer jovialen Geste und im Umgang äußerst liebenswürdig. Ein halbes Jahr später behauptet er, seine Familie habe ihn auf die Straße gesetzt, weil er den Husten gehabt habe. „Sie haben mir einen Knochen zerfetzt, ich hab Durchfälle", Die Ausbildung seiner Verfolgungsideen zeigt sich vor allem darin, daß er hartnäckig immer wieder vorbringt, der Pfleger mache ihm jeden Abend „mit einem Klistee aus Seifenwasser, Salzsäure und Soda den Popo zu".

Daß bei solchen Zuständen von einem logischen Vorstellungsaufbau, der grade für die Struktur der wirklich hypochondrischen Gedankengänge, man kann beinahe sagen, eine „conditio, sine qua non" ist, nicht gesprochen werden kann, braucht wohl nicht besonders betont zu werden. Mehr zur Gruppe des cirkulären Irreseins gehören die beiden folgenden Fälle.

Fall 13:

29 jährige Hausfrau.

Vor 8 Jahren Unterleibsoperation wegen Gebärmutterentzündung, seitdem sind die Menses unregelmäßig. Seit einem halben Jahr habe sie nun Schwindelanfälle und starke Angstgefühle, sie sei unruhig und fühle sich am ganzen Körper „beklemmt". Zu nichts habe sie mehr Lust, sie habe das Gefühl, als müsse sie alle fünf Minuten sterben. Sie selber trage auch Schuld daran, ohne daß sie aber einen bestimmten Grund angeben kann.

Befund: Neurologisch ohne Besonderheiten. Psychisch: Stark eingeengt, traurige Gemütslage, seufzt oft während der Unterhaltung tief auf. Nach der Anamnese hat sie früher auch schon einen manisch gefärbten Zustand gehabt.

Fall 18:

54 jähriger Kaufmann.

Hier liegt eine paranoide Grundlage vor. Im Vordergrund stehen Beeinträchtigungsideen. Patient führt mit seinen eigenen Kindern Prozesse wegen eines von diesen eingeleiteten Entmündigungsverfahrens gegen ihn. Sehr ausgesprochen ist die querulatorische Färbung seiner Klagen. Er gibt selbst an, er habe in seinem Leben mehr als vierzig Prozesse geführt. „Für mich ist das Leben ohne Prozesse, wie die Butter ohne Salz". Alle hielten gegen ihn zusammen, um ihn unterzukriegen. Auf die Frage, wer denn eigentlich ein Interesse daran habe, ihm zu schaden, behauptet er „die Adventisten, die sind die Wurzel alles Uebels". Auf eine Anzeige der Adventisten hin sei er auch verhaftet worden. Darauf kommt er auch bei den Explorationen immer wieder zurück. Er gerät in heftige Aufregung, redet schnell und hastig, wobei er alles heranzieht, was sich auf sein Thema nur irgendwie beziehen kann. Unaufgefordert legt er eine große Anzahl von Schriftstücken, Briefen und Rundschreiben an seine Kinder vor, in denen er stets wieder von seinen Leiden und den erlittenen Nachteilen erzählt. Seine Kinder hätten ihm seine Talente abgestohlen, der Staat habe ihn mindestens um eine halbe Million betrogen.

Ueber seine Beschwerden reicht er ein Schriftstück ein, betitelt: „Meine Krankheitserscheinungen", in dem er eine Unzahl von Beschwerden vorbringt. Er habe Schmerzen im Kreuz, sei vollständig schlapp und energielos. Bei körperlicher Arbeit nehmen die Schmerzen zu, der ganze Körper zittert und ist vollständig haltlos. Zeitweilig habe er Stiche im Kopf, „wahnsinnige Schmerzen im Gehirn", Schmerzen in der Schulter usw. Beim Gehen habe er keinen Halt in der rechten Leistengegend, sei wackelig und habe Schmerzen in der linken Ferse. Im linken Bein habe er ein „zwei-

tes Herz". Beim Schnupfen habe er öfters bemerkt, daß ihm „grüner Schleim aus der Nase" komme usw. Alle diese Beschwerden führt er auf den Kriegsdienst zurück, z. B. vorhandene Krampfadern auf eine erlittene Hodenquetschung. Dabei klagt er aber auch schon aus der Zeit vor dem Kriege über vielseitige körperlichen Störungen, die den heutigen sehr ähnlich sind.

Im Befund konnte außer einer geringgradigen Arteriosklerose, Krampfadern und leichtem beiderseitigen Pes planus keine wesentliche krankhafte Abweichung festgestellt werden.

Endlich *Fall 40:*

62 jähriger Maler, bei dessen Angaben vor allem Halluzinationen zu betonen sind.

Vor 30 Jahren habe er sich schon einmal immer so abgespannt gefühlt, „so zerschlagen". Damals habe der Arzt Eiweiß im Urin festgestellt und er habe einen Nervenzusammenbruch erlitten; das sei aber wieder zurückgegangen. Im Februar 1930 sei plötzlich „von zwei Seiten etwas gezogen" gekommen, als wenn ihn „einer so gegen die Erde geschlagen" hätte. Er meinte, er sei gefallen, saß aber, nachdem das Bewußtsein wiedergekommen sei, am Tisch. Es seien vielleicht „neue Sachen, die man für die Wissenschaft verwerten kann". Nachher habe er sich „duselig gefühlt, er habe gemeint, es seien „Blutstauchungen". Zu gleicher Zeit traten auch Beschwerden in der Herzgegend auf; er hat sich deswegen auch schon auf Adernverkalkung untersuchen lassen. Er habe gelegentlich auch Selbstmordgedanken gehabt. „Ich weiß wohl, ich bin zu nichts mehr wert auf dieser Welt. Bei einem Spaziergang bin ich hingefallen, es war ein Hinwurf, ein Schwächeanfall. Ich freute mich und dachte, jetzt bist du erlöst. Es kam noch ein Gedanke wie ein Blitz, Schluß dachte ich. Ich kann aber nur einen Augenblick weggewesen sein, ich bin dann hinterher allein nach Hause gegangen. Das tut im Kopf oft weh, als ob man glühendes Eisen oder Disteln darin hat". Wenn die Gedanken kommen, hat er oft Choralmelodien singen gehört, die ich mitgesungen habe". Diese seien dann später „selbsttätig wiedergekommen".

Befund: Kleiner, pyknischer Körperbau, innere Organe ohne krankhaften Befund. Arterien leicht rigide, B. D. 138/58. Gerontoxon der Augen. Nervensystem o. B. Beim Prüfen auf „Romberg" leichtes Körperschwanken.

Die Art und Weise, in der der Kranke seine Leiden schildert, die fast dramatische Ausschmückung seiner Erlebnisse mutet in diesem Fall durchaus hysterisch an. Jedoch geht man wohl nicht fehl, die in dem ganzen Gebahren und in der Ausdrucksweise des Kranken zum Ausdruck kommende Charakterveränderung als eine schizoid veränderte seelische Grundhaltung aufzufassen, auf die hypochondrische Anschauungen als Ausdruck einer im Klimaterium gestörten Körperkritik aufgepfropft sind.

Von allen bisher aufgeführten Fällen unterscheiden sich die nun folgenden durch ein wesentliches Kriterium. Wir haben gesehen, daß bei den obigen Kranken zwar das hypochondrische Erlebnis unangenehmer Sensationen am Körper vorhanden ist, daß es aber zu einer systematischen Auswertung dieser Erlebnisse im Denkprozeß im eigentlichen Sinne noch nicht kommt. Das ist einer der Gründe für das Fehlen einer ausgesprochen fixierten Krankheitsvorstellung. Anders ist es dagegen bei dieser zweiten Gruppe umschriebener hypochondrischer Zustände.

Diese Kranken gehen — man könnte sagen konsequenter — den Weg zu einer wirklichen seelischen Zustandsänderung. Unter dem Eindruck eines sich entweder aus der Peripherie aufdrängenden Reizes, — so häufig eines durch das vegetative Nervensystem vermittelten Reizzustandes, — oder auf Grund einer besonders lebendigen Vergegenwärtigung auf den Körper einwirkender Schädigungen: Trauma, Operation, sexueller Exzeß usw., kommen diese Kranken zunächst zu Folgerungen, daß es sich um eine schadhafte Beeinträchtigung des Körpers handele. Durch ein fortgesetztes triebmäßiges Nachdenken und Hineinverbohren in ihren Empfindungszustand entstehen dann Vorstellungen, die eine dauernd herabgeminderte Körperwertigkeit, im Sinne des von dieser Vorstellungsart Befallenen also Krankheit, zum Gegenstand haben. Nun geht der Kranke einen rückläufigen, gewissermaßen „deduktiven" Weg, wobei ihm der Kausalzusammenhang mit der Ausgangsvorstellung nur noch im Unterbewußtsein vorhanden bleibt; er überträgt seine Krankheitsvorstellung wieder als Krankheitsbefürchtung oder noch definitiver als Krankheitsfeststellung auf den Körper. Beim eigentlichen Hypochonder überwiegt dieses finale Moment über das ursprünglichere kausale in dem Zustandsbild der ausgeprägten seelischen Haltung. Dabei kommen innerhalb des abgrenzbaren nosologischen Aeußerungsbildes dieser Grundstörung alle qualitativen und quantitativen Unterschiede vor von der Einkleidung eines allgemeineren Krankheitsgefühles in die Einzelidee etwa einer Krebserkrankung bis zu einem Krankheits-„System", in dem an allen möglichen Stellen des Körpers irgend etwas „Krankhaftes" aufgespürt und gedeutet wird und eine ganze Reihe von Krankheiten „zugelegt" wird. Daß dabei für die spezielle Artung und Färbung eine große Modifizierungsmöglichkeit vorliegt, sei nur nebenbei erwähnt.

Fall 5:

58jähriger Pensionär, früher Lokomotivführer.

(März 1927). Erste Vorstellung. Früher war der Kranke nie ernstlich krank. In der Schule hat er gut gelernt und ist auch später „gut vorwärtsgekommen". Inf. vener. negatur. 1910 habe er als

Lokomotivführer dreimal Eisenbahnunfälle erlitten, einmal sei sein Zug auf eine Maschine aufgefahren und habe diese zertrümmert. Er habe dabei einen heftigen Schrecken bekommen und ebenso sei es in dem zweiten Falle gegangen. Beim dritten Male sei er in einen Kohlenschacht gestürzt und habe sich eine Verletzung am rechten Schienbein zugezogen. (Wegen dieser Unfälle bezieht er jetzt eine Unfallrente von $66^2/_3\,^0/_0$.) Seit damals seien seine Nerven nicht in Ordnung, er sei schreckhaft und sei immer in Sorge um seinen Körper. Er klagt über Kopfschmerzen über dem Scheitel, besonders nach Aufregungen, und über Schmerzen in den Beinen. „Oft habe ich ein Gefühl wie Blei darin". Vor allem aber leide er unter Blähungen, die er für Zeichen eines schweren Magenleidens hält, er habe deswegen schon leichte Kost und Tierkohle verordnet bekommen. „Auch das Wasser sitzt so fest". Auch an verschiedenen anderen Stellen des Körpers habe er Schmerzen, so besonders im rechten Bein, wobei dieses immer zusammenzucke. Wegen seines schweren Leidens macht er in den letzten Jahren immer Badekuren mit. In M. hat er schon eine ganze Reihe von Aerzten wegen seines Zustandes konsultiert.

Befund: Körperlich kräftig gebaut, Neigung zu Fettansatz. Linkes Auge erblindet wegen Aderhautsklerose, linker Pupillarreflex ist nur in kaum wahrnehmbarer Stärke auszulösen. Bewegungen im linken Ellbogengelenk nicht ganz vollständig ausführbar, bedingt durch eine Exostose am Olecranon. (Es selbst weiß davon nichts.) An der rechten Wange eine Verbrennungsnarbe. Linker 4. Finger ist unfalldeformiert mit geringer Beweglichkeitseinschränkung. Reflexe sind am ganzen Körper etwas schwach. An den Füßen angeblich Empfindung für Berührung und Wärme herabgesetzt. Sonst, auch hinsichtlich der inneren Organe kein krankhafter Befund.

Psychisch: Etwas weichlich, wehleidig, ganz auf seine Beschwerden eingestellt, von deren Grundlosigkeit er nicht zu überzeugen ist.

(April 1927). Bringt wieder allerhand neue Beschwerden vor, über die er sich auch längere Aufzeichnungen gemacht hat.

(Februar 1928.) Seit einer Autofahrt habe er Schmerzen in der linken Halsseite, die linke Wange brenne, ebenso die Schleimhaut in der linken Seite der Mundhöhle. Wenn er sich lege, sei es viel besser, die Schmerzen seien dauernd vorhanden, nicht etwa anfallsweise.

(Juli 1928.) Unverändert die gleichen Klagen, insbesondere über brennende Schmerzen im Kopf und über Blähungen.

(Dezember 1928.) Solluxbestrahlungen im Nacken haben ihm gut getan, „das heißt, es wirkte wohl bis in die Füße herunter, aber vorn am Hals da half es nicht, im Gegenteil schadet wohl". Seine Zähne schmerzten, obwohl sie in Ordnung seien, furchtbar. In den Fingern habe er ein Schmerzgefühl, als wenn Fäden darinsäßen. Bei einer Vorstellung im Kolleg erzählt er amüsant und mit jovialem Wesen ausführlich von seinen Leiden. Zuweilen verfällt er auch wieder in den alten klagseligen Ton. Afenil-Injektionen haben ihm geholfen und zwar „zum ersten Mal in meinem Leben richtig".

(Ende Dezember 1928.) Die letzten Injektionen „haben nicht geholfen". Patient klagt jetzt über Schmerzen im Gaumendach und weiter, „daß ihm der „Dickdarm" zu schaffen mache.

(April 1929.) Der Kranke klagt wieder mit außergewöhnlicher Betonung über eine Reihe von in ihrem Sitz und ihrer Stärke wechselnden Beschwerden.

(Dezember 1930.) Befinden habe sich „erheblich gebessert", die „heißen Drähte in den Fingern" sind jetzt nicht mehr empfunden. Dagegen klagt er jetzt über Beschwerden „hier in diesem Darm", wobei er eingehend den Verlauf des Dickdarms demonstriert. Er sei „vielseitig nervös", auch das Wasserlassen sei nicht in Ordnung, vor allem müsse er sehr häufig am Tage aufstoßen. Auch leide er sehr unter Angstgefühlen „hier in der Magenhöhe". Es wäre aber alles nicht so schlimm, wenn „nur das mit dem Magen und dem Darm nicht wäre, dann wäre es zu ertragen, dann könnte man doch wieder leben. Aber man muß das alles mit ansehen, man hat sich eben daran gewöhnt". Eine Beschäftigung habe er nicht mehr, könne das auch nicht wegen seines Zustandes.

Eine traurige Stimmungslage, die man bei der Unzahl der von dem Patienten vorgebrachten Beschwerden annehmen sollte, ist bei ihm keineswegs vorhanden. Er bringt seine Klagen in einer geradezu gemütlichen Schilderung vor, wobei auffällig ist, daß er sich, sobald es sich um ein Eingehen auf seine Klagen handelt, in weitgehendem Maße suggestibel verhält. Seine Schilderungen tragen kaum eine affektive Färbung, er bringt sie vielmehr so „sachlich" und persönlich unbeteiligt vor, wie ein normaler Mensch irgendeine unbedeutende „Konversation" macht. Man hat den Eindruck, daß die rhetorische Vielseitigkeit bei seinen Erzählungen die fast geschäftsmäßig gewordene Erfüllung seines triebhaften Bedürfnisses ist, sich mit dem in seiner Einbildung festverankerten Leidenszustand seines Körpers zu beschäftigen. Der Fall gewinnt dadurch an besonderem Interesse, als er beinah 4 Jahre lang, im wesentlichen unverändert geblieben, beobachtet werden konnte. Die Grundtendenz bleibt, wenn er auch geringe gelegentliche Besserungen zugibt, die gleiche. Auffallend ist auch hier wieder die schon weiter oben erwähnte Tatsache, daß körperliche, zwar zum Teil geringfügige, aber doch wirklich vorhandene Störungen bei den hypochondrischen Klagen unbeachtet bleiben.

Fall 25:

55 jähriger Landwirt.

Patient war schon vor einigen Jahren in Behandlung und zwar angeblich wegen Ichias. „Der Nerv geht an der Außenseite der Füße hin bis in das Kreuz, von da schlug es dann auf sämtliche Nerven". Jetzt ziehen die Schmerzen nach oben in den Hals und „zucken, wie wenn kleine Tierchen darin säßen, die alle einen Tropfen pures Gift ausspeien", das kommt ihm aus dem Mund heraus wie Terpentin, wovon er bald einen süßen, bald einen bitteren Geschmack im Munde verspürt. Dabei gluckert es immer in seinem Körper, „der Nerv", in den Armen, Augen, Magen, überall im Leib, am Herzen. Auf dem Magen tanzen die Nerven „wie Mäuse, es

sind aber keine". „Am ganzen Körper muß eine Säure wie Harnsäure sein, so ist alles versäuert". Manchmal meint er, die Glocken im Bett läuten zu hören, überzeugt sich dann aber jedesmal, daß das nicht der Fall ist. Betont, der Magen sei schuld an seinem Zustand, er müsse immer aufstoßen, „es ist wie glühend Oel".

Im Befund des nicht sehr kräftigen, stark gealterten Mannes fanden sich außer einer starken Lebhaftigkeit der Reflexe und einer geringen Verziehung der Pupillen, sowie geringen Anzeichen für eine beginnende Arteriosklerose keine besonderen Abweichungen.

In psychischer Hinsicht liegt ein leichter Grad von Debilität vor, dagegen sind weder Halluzinationen noch paranoische Ideen festzustellen. Leicht depressive Stimmungslage.

(November 1927.) Erscheint bedeutend affektärmer als früher, „mit dem Weinen, das ist jetzt vorbei". Jetzt gluckert es ihm unter dem rechten Augenlid. Bisweilen reißt ihm das Gluckern den Mund auf, sodaß es ihm den Kopf herumwirft. Vor den Augen verspüre er es oft „wie Nebel und Herumirren". Zu allen den geklagten Erscheinungen hat er noch die gleiche Einstellung wie früher, er lehnt jede Besserung seines Zustandes energisch ab.

Patient gibt jetzt an, mitunter sei es ihm, als wenn ein Stück Eis auf dem Rücken schmelze oder, als wenn ein Wasserstrahl ihn da träfe oder auch wie glühendes Oel. Das Gluckern zieht jetzt vom linken Knie her herauf zum Oberschenkel und da sei es sichtbar, man sehe, wie es sich bewegt. „Das ist die Säure und die Säure ist wie Eiter, wenn ein Geschwür aufbricht". Mitunter hat er das Gefühl, als wenn ein eisernes Band um den Kopf sei, das sich immer mehr zusammenzieht. „Es muß eine Blutzirkulation sein, die nicht zirkuliert". Der Magen sei ihm bei verschiedenen Aerzten schon 22 mal ausgepumpt worden, das habe immer für eine kurze Zeit geholfen, dann sei aber der gleiche Zustand wie vordem eingetreten. Er ist jetzt in Sorge, daß es Krebs sein könne, weil er so oft am Magen leide. Er habe mal ein Buch von einem Lehrer zum Lesen erhalten, da stand seine Krankheit drin, den Namen habe er aber nicht behalten, „da er Latein war", Er schildert wieder eindringlich wie im Lauf des letzten Jahres fast kein Teil des Körpers ohne Beschwerden geblieben sei.

(Mai 1929.) In der letzten Zeit ist es oft so, daß die Füße vollkommen abgestorben sind „als wenn sie von Holz wären". Zu anderen Zeiten ist es ihm aber auch wieder, als ob er mit dem Körper im Feuer wäre. Dann mal wieder so, als ob der Körper aus Bindfäden besteht, als ob er mit Bindfäden umschnürt wäre. Er hat einen „Krampf im Gehirn, dann Zuckungen mit Gewalt, als ob die Bindfäden zu kurz sind". Ferner verspürt er Bewegungen, „als ob Mäuse zwischen Fell und Fleisch sitzen". (Auf Vorhaltungen.) „Nein so eine Art, Mäuse sind das ja nicht, nur so ein Gefühl". Die Nerven unter den Augen bewegen sich. Wenn er Bier getrunken hat, ist es ihm, als ob er die Mäuse auf dem Bauch hätte, „dann arbeitet aber der Magen und das ist angenehm". Morgens um 4 Uhr wird er wach, dann geht ein Druck nach dem Kopf und er hat das Gefühl, als ob der linke Arm „hölzern" ist. „Die Nerven sind eben zu kurz". Oft hat er eine feuchte Masse auf den Lippen, „son Brus aus dem Mund, lauter Bläschen". Er hat auch schon gedacht, daß er an dem ganzen Zustand sterben werde, „an dem Nervenleiden". (Auf die Frage, ob er denn wisse, was Nerven

sind.) „Ja, meines Erachtens ist das die Zirkulation im Blut". Er denkt heute, er werde das Leiden nicht mehr los. Er ging im Sommer öfter in ein kleines Bad, bekam dort heiße Bäder, Diathermie usw., hat aber alles nichts genützt".

Der körperliche Befund ist abgesehen von einer in internistischer Hinsicht bestehenden chronischen Gastritis mäßigen Grades der gleiche wie bei früheren Untersuchungen.

(Dezember 1930.) In der seit der letzten Untersuchung vergangenen Zeit ist es „etwas besser geworden, aber mein Leiden geht nicht weg, das glaub ich nicht". Wenn er im Bett liegt, hat er jetzt „im Rückgrat ein Schlagen wie ein Fisch im Wasser". Am Leib ist es, als ob sich so lebende Bindfäden daran bewegten, „sich so schlagen. Dann bin ich am besten dran, dann arbeitet der Magen". „Die Winde herauszubringen, das ging manchmal auf Leben und Tod, ich hätte gedacht, daß ich sterben müßte. Es war grade, als wenn der ganze Körper abgestorben sei". Häufig habe er ein Druckgefühl, „Krämpfe im Leib, als ob mich jemand mit dem Messer durchschneidet". Manchmal ist es grade, als wenn sich das Blut nicht mehr verbindet, als wenn Leib und Kopf nicht mehr zusammengehören. Wenn er nach dem Magen sieht, dann „bewegt der sich immer so auf und ab".

In einem Buch, das er wiederum gelesen hat, stand die ganze Krankheit drin, „von der Magengrube bis zum Gehirn". Heute glaubt er nicht mehr, daß er Magenkrebs bekomme, „aber wenn man gehört hat, jemand stirbt elendiglich daran, dann denkt man eben immer daran und meint, man bekäme es auch". „Wiederweggehen, das tut mein Leiden nicht, es ist ein Nervenleiden, das haben mir die Doktors ja auch wohl gesagt. (Auf Vorhalt:) „Nerven, nach meiner Meinung tut das so wie Blut; die kleinen Nerven gehen meines Erachtens von den großen, die das Blut so verbinden". „Ja, und das behalte ich auch so, wenn es auch besser geworden ist, wiederweggehen, das tut das auch nicht".

Dieser Fall zeigt mit seiner grotesken, fast ungeheuerlich wirkenden Produktivität von Klagen in allen möglichen Schattierungen besonders eindringlich den in Vorstellung, Affekt und Expression charakteristischen Zustand des eigentlichen Hypochonders. Noch deutlicher als in dem vorhergehenden Fall, mit dem er in vielem direkt übereinstimmt, zeigt sich hier die starre, selbst in der Formulierung des Ausdruckes in den vier Beobachtungsjahren fast unverändert bleibende, Tendenz zu einer Deutung und Bewertung von Beobachtungen im Sinne eines mit wahnanaloger Logik erstrebten Vorstellungszieles, des Krankseins oder der Krankheit im weitesten Sinne. Hier ist alles in einem Bilde vereint, was diesen Typus kennzeichnet, die sensationelle Umdeutung peripherer Körperempfindungen, die Heranziehung von symbolischen Erklärungen, eine gewisse Schwatzhaftigkeit, die doch die vorhandene eigentliche Affektarmut nicht verdecken kann, die grotesk anmutenden anatomisch-physiologischen Ansichten und schließlich das Nichtansprechen auf Therapie und Belehrung oder wenigstens eine „reservatio" gegenüber zugegebener Besserung.

Die Vergewisserung, die der Hypochonder auf alle mögliche Art und Weise sucht, zeigt sich in der überzeugten Bewertung von Lektüre und Büchern, in denen „die Krankheit drin stand".

Bei *Fall 26* handelt es sich um eine allgemein-hypochondrische Einstellung zu Körperempfindungen der Pubertätszeit, offenbar auf einer Korrelationstörung der innersekretorischen Drüsen.

16jähriger Gymnasiast.

Aus der Familienanamnese ist erwähnenswert, daß ein Onkel väterlicherseits eine jahrelange „Gemütsverstimmung" hatte und zu Kopfschmerzen neigte. Patient ist von drei Kindern das jüngste, litt als Kind an Rachitis, häufig auftretenden Fieberanfällen und war immer zart und empfindlich. Seit einem halben Jahr ist er jetzt ängstlich, bekommt oft Herzklopfen und Schwindelanfälle mit Uebelkeit. „Wenn ich diese Anfälle habe, stelle ich es mir schlimmer vor und meine, ich würde vor lauter Elend nicht wieder besser".

Im letzten Sommer setzte plötzlich ein auffallend starkes Körperwachstum ein.

Der Befund zeigt Hochwuchs mit leichter Akromegalie, übermäßig entwickelte primäre Geschlechtsmerkmale und dem gegenüber zurückgebliebene sekundäre Merkmale. Starke vasomotorische Uebererregbarkeit, Conjunktivitis vasomotorica und Akrozyanose. Herzaktion beschleunigt und respiratorische Arhytmie. Psychisch: Ziemlich sensitiv, wehleidig; drückt sich wegen seines „Zustandes" um den Besuch der Schule herum. Seine hypochondrische Einstellung wird am besten klar aus den vielfachen Briefen, die er schreibt. Hier sollen verschiedene herausgegriffene Stellen angeführt werden. „Du weißt nicht, wie schlecht ich mich fühle, es ist einfach toll. Wenn die dummen Herzgeschichten nicht wären. Der Puls ist Bruch, wenn ich die Treppe rauf bin, bin ich fertig. Ich bin froh, daß ich es aushalte, wenn ich ruhig sitze. Ich bin zum Professor gewesen und wollte ihm sagen, daß ich nicht gut zur Schule hingehen könnte, Er sagte: Du gehst hin, zwei Stunden wenigstens. Ich weiß nicht, was ich machen soll, wenn das so weiter geht, macht mich die Herzgeschichte kaputt". Aus einem anderen Brief: „wie der Professor sich die Sache mit mir denkt, weiß ich nicht. Ich weiß nur, daß ich mich sehr schlecht fühle. Gestern war es schlimm, eine Hitzewelle nach der anderen durchsauste mich, es war furchtbar, ich dachte, ich stürbe. Fast jeden Tag habe ich Schwindelanfälle, ein Gefühl der Ruhe kenne ich nicht mehr. — Ich will Dir mal ein Beispiel geben: Jemand hat einen schlimmen Fuß und soll nun mit spazieren gehen. Er sagt nein, ich kann das Laufen nicht vertragen. Er wird gezwungen, mitzugehen. Der Fuß schwillt an, der Mann macht kehrt. Er setzt sich in die Stube, und hundert Pferde können ihn nicht hinausziehen, weil er weiß, daß er das Gehen nicht haben kann. Aber der Mann hat einen Vogel, er kann wohl, aber er will nicht, so sagt Ihr. Und so ist es auch mit mir." Aus einem weiteren Brief: Ich hab Herzbeschwerden ersten Ranges, wenn ich die Treppen herauf gegangen bin oder einige Meter gelaufen bin, dann bin ich fertig. Ich gebe zu, in meiner Not habe ich mir auch schon wohl mal den Puls gefühlt und der geht dann wie son

Kilometerfresser. Das sind keine Phantasien, keine Zustände, in die man sich selbst hinein versetzt. Sie kommen von selbst wie jede andere Krankheit und ohne großen seelischen Tamtam. Ich als Laie frage Sie, kann das nicht Herzschwäche sein, erstens hervorgerufen durch zu schnelles Wachsen, wo das Herz zu klein bleibt? Zweitens durch Selbstschwächung. Ich sage Ihnen jetzt, ich habe damals zuviel onaniert, ich war nicht darüber aufgeklärt."

Aus räumlichen Gründen wird er in ein Nervensanatorium verlegt; von dort schreibt er:

Ich bin bedeutend besser als in M. Meine Krankheit ist ja sozusagen das Versagen der Keimdrüsen, dafür bekomme ich die Spritzen, sie bringen mich zur Ruhe. Ich war und bin weder arbeitsscheu, noch hysterisch, noch — Psychiatriker —. In M. war ich das Phänomen, war ich die Sensation, hier bin ich einer unter vielen. Ein älterer Herr ist hier, der hat fast dasselbe wie ich, er hat Herzneurose, hat Stimmungen wie ich und hat dieselben Spritzen bekommen wie ich usw." Und der Schluß dieses Briefes: „Eine Bitte habe ich noch, fügen Sie doch bitte dieses Schreiben meiner Krankheitsgeschichte bei. Mögen dann die jungen Wissenschaftler aus den Akten meiner Krankheitsgeschichte tiefer eindringen in die Gesetze der Natur und aus meinem „außergewöhnlichen" Falle tiefe Weisheit schlürfen und anderen armen Menschenkindern das schwere Los des Lebens erleichtern helfen".

Bei diesem Falle ist man nicht ohne weiteres in der Lage, ihn in die zweite, eigentliche, Hypochondergruppe einzureihen. Die im Wesentlichen gleiche systemähnliche Tendenz zur Körperbeobachtung und zu Klagen, wie in den vorhergehenden Fällen läßt dies berechtigt erscheinen. Immerhin zeigen sich in dem Gesamtbild Momente, die aus der Seelenhaltung des Jugendlichen in der Frühpubertät bedingt sind — charakteristisch ist ja schon der typische Pubertätsstil der Briefe — und die von der hypochondrischen Haltung des Erwachsenen doch weitgehende Unterschiede zeigen. So z. B. der unverkennbar hysterische Einschlag, der sich in der Genugtuung äußert „das Phänomen" gewesen zu sein, Unterschiede, die wohl auch mit der noch nicht voll differenzierten psychischen Struktur des Jugendlichen zusammenhängen. Dagegen ist die Rechtfertigung seines Krankheitsgefühles und die etwas altkluge Logik in seiner Beweisführung den gleichen Komponenten in dem strukturellen Zusammenhang des hypochondrischen Zustandes beim Erwachsenen weitgehend analog.

Fall 35:

61 jähriger Arbeiter.

Er war früher sehr gesund, wie er sagt „übernormal gesund". Im Jahre 1907 erlitt er einen Unfall. Er war mit Kohlenschaufeln beschäftigt, dabei stieß er sich den Kopf an einem eisernen Balken, er fiel zu Boden und war schwindelig. Darauf ging er mit Unterstützung von Kollegen zu einem in der Nähe wohnenden Arzt, der ihn nach Anlegung eines Verbandes dem Krankenhaus überwiesen habe. Dort habe er 8 Wochen zu Bett gelegen und

„dröhnende Kopfschmerzen" gehabt. Er bekam bei Wiederaufnahme der Arbeit eine leichtere Beschäftigung, aber schon gleich damals hatte er bei Witterungsumschlag stets Kopfschmerzen. 1910 sei ihm wegen starker Schmerzen der linke obere Augenhöhlennerv entfernt worden. Er bekam dann später eine Rente, weil angenommen wurde, daß seine Klagen durch die bei dem Unfall wirklich erlittenen Schädigungen bedingt seien. Jedoch wurde schon in kurz darauf folgenden Gutachten die Ansicht ausgesprochen, daß es sich bei K. wohl nur um eine leichte Weichteilverletzung ohne Mitbeteiligung der knöchernen Schädeldecke oder gar des Gehirnes gehandelt haben müsse, da weder ein Defekt des knöchernen Schädels noch etwa durch Gehirnläsionen bewirkte Ausfallerscheinungen nachzuweisen seien.

Von Wichtigkeit ist die Feststellung, daß K. schon bei Begutachtungen im Jahre 1910 genau die gleichen Klagen und wahrscheinlich auch in der heutigen Ausprägung vorbrachte, sodaß es sich hier um einen innerhalb eines Zeitraumes von 20 Jahren unverändert bestehenden hypochondrischen Zustand handelt. Patient wechselt später noch verschiedentlich seine Arbeitsstelle, da er wegen seiner Kopfschmerzen die Arbeit nicht habe ausführen können. Zur Zeit der Untersuchung ist er Aufseher in einer Bedürfnisanstalt.

Er klagt jetzt über solch starke Kopfschmerzen, daß er zuweilen nicht wisse, wo er sei. Er hat auch schon öfter einen „Fehltritt" getan und ist gefallen. Die Kopfschmerzen sind nur über dem linken Auge und über dem Scheitelbein in der Gegend der früheren Verletzung. Ueber sonstige Beschwerden klagt er nicht. Inf. Vener. negatur. Familienanamnese o. B.

Befund: Mittelmäßiger Kräfte- und Ernährungszustand. Der Kopf ist angeblich an der Grenze des linken Scheitel- und Stirnbeines kopfempfindlich, ebenso angeblich Druckempfindlichkeit der Austrittsstelle des link. N. supraorbitalis. Reflexe allgemein etwas lebhaft, keine Gleichgewichtsstörungen. Innere Organe ohne wesentlich krankhaften Befund. Geringe periphere Arteriosklerose. Das Hautgefühl ist angeblich für alle Qualitäten in der linken vorderen Stirn- und Scheitelgegend gesteigert.

In psychischer Beziehung: orientiert, geringe Debilität, aber mit seinen intellektuellen Leistungen noch innerhalb der Grenzen seiner sozialen Stufe. Sehr redselig und weitschweifig.

Bei weiteren Untersuchungen zeigt sich K. davon überzeugt, daß sich an der Stelle der alten Verletzung eine „Blutgeschwulst" gebildet hat, die „auf das Gehirn drückt" und ihm Beschwerden verursacht.

Nach einer auf seinen ausdrücklichen Wunsch, „um nachzusehen, was darin ist", vorgenommenen Enzelphalographie zeigt er eine starke hypochondrische Reaktion und Bewertung seines „Leidens". Liegt den ganzen Tag mit einem nassen Handtuch auf dem Kopf zu Bett. Dabei deckt er sich eine Wolljacke über den Kopf, da er das Licht nicht vertragen könne. Aufgestanden läuft er mit einem Handtuch auf dem Kopf umher, hält den Hals steif und redet fortwährend von einer Verschlimmerung seiner Beschwerden. Für Augenblicke sieht er auf Zuspruch hin die Geringfügigkeit seiner früheren ein, verfällt aber nach kurzer Zeit wieder in den alten Zustand einer „geschwätzigen Klagsamkeit".

Fast maniriertes Gehaben, so z. B. wenn er nießen muß; er bittet dann den Arzt, ihm die Hand auf den Rücken zu legen, da es ihm beim Nießen schmerze. Auf Grund seines Reagierens bei Ablenkung kann man feststellen, daß an den am Schädel als schmerzhaft angegebenen Stellen lediglich dann dort psychogen Schmerzen lokalisiert werden, wenn er die Aufmerksamkeit darauf lenkt.

Hier seien aus verschiedenen Explorationen noch einige Auszüge wiedergegeben. „Wenn es sich um 70—80 Mark handelte (er meint Unfallrente), dann lohnte es sich ja noch zu schwindeln, so bei 16 Mark aber doch nicht". Auf die Stelle der früheren Verletzung zeigend: „Hier muß eine Blutverstauchung sein, da laß' ich nicht abkommen, auch wenn die (Röntgen-)Platte hundertmal in Ordnung ist, und wenn die Haut abgezogen werden muß. Ich habe doch recht. Man kann ja auch einen Baum beschädigen, ohne daß ein Kunstgärtner das weiß, nur der ihn beschädigt hat, weiß davon. Kennen Sie die Chronik, daß ganze Reihen von Bäumen vertrocknet sind und die Sachverständigen wissen nicht, warum. Alle Leute der Welt können mich durchleuchten und es doch nicht finden". Später auf seine Verletzungsstelle zeigend: „Hier muß eine Eindrückung sein, hier muß eine Sehne oder ein Nerv zum Gehirn gehen. Wenn ich zwei Leitungen nehme und bringe sie zusammen, dann gibt es Licht, wenn so die Nerven zusammenschlagen, z. B. beim Gewitter, dann schmerzt das Gehirn, wohl verstehen". Eine Blutentrinnung ist eine „Verstauchung, daß das Blut ist hart geworden, hängen geblieben auf der Wunde".

Auf eine Frage, ob er denn Nerven und Sehnen, von denen er fortwährend redet, unterscheiden könne, erwidert er: „O ja, sehr genau, die Nerven, das sind die Zuckungen und die Sehne ist, wenn das Blut kommt, so wie ich als Laie das verstehe". Bei der Besprechung seiner Unfallfolgen sagt er: „Ich will ja nichts geschenkt haben, Herr Professor, Sie sollen ja nur Ihre Pflicht tun und feststellen, daß ich krank bin". Und auf die darauf gestellte Frage, wenn also ein Gutachten in dem Sinne abgegeben werde, daß nichts mehr von Unfallfolgen vorliege, erfolgt prompt die Antwort, „dann haben Sie Unrecht, ich habe die Blutentrinnung im Kopf, das ist sicher".

Bei einer auf sein Drängen hin vorgenommenen Faradisation sagt er, „so jetzt ist es besser, jetzt kann ich wieder husten, sehen Sie doch mal. Aber die Schmerzen hier oben, die können Sie mir doch nicht wegnehmen, was Sie auch machen". Und nach dem Elektrisieren wiederholt er, „da (am Halse) bin ich kuriert, aber hier oben im Kopfe, da hilft das doch nicht".

Man könnte zunächst annehmen, daß in diesem Falle eine psychogene Reaktion auf den alten Unfall aus einer Zieleinstellung heraus vorliege. Aus den Schilderungen des Kranken ist aber deutlich zu entnehmen, daß der Unfall und eventuelle Vorteile, die er in einem Rentenverfahren daraus ziehen könnte, für ihn gar keine Rolle mehr spielt gegenüber der Vorstellung, die seine ganze Aktivität mit Beschlag belegt, daß in seinem Kopf ein schwerer organischer Defekt vorhanden sei, den „ich kenne, wenn ihn auch niemand feststellen kann". Er

versucht auch garnicht, für eine Unfallschädigung irgendwelche Symptome zu simulieren, sondern begnügt sich damit, sein „Leiden" immer wieder in detaillierter Weise mit primitivsten anatomischen „Beweisen" im Gespräch zu betonen. Alles, was schon bei Fall 25 gesagt ist, kann man hier wiederholen. Besonders drastisch ist die völlige Unzugänglichkeit seiner, 20 Jahre lang als gesicherte Ueberzeugung herumgetragenen, Krankheitseinbildung gegenüber Belehrung und der Fanatismus, mit dem er bereit ist, sich allen möglichen Prozeduren zu unterziehen, um damit Beweise für die Richtigkeit seiner Krankheitsdeutung zu bekommen. Mit förmlich ausgeklügelter Spitzfindigkeit konstruiert er Beweise, um seinerseits die entgegenstehenden ärztlichen Urteile zu entkräften. Die Tatsache seines sonstigen debilen psychischen Verhaltens und andererseits das zwei Jahrzehnte lange unbeeinflußte Festhalten an seinem Krankheitsglauben können gerade in diesem Falle wohl als Beweis genommen werden, daß bei ihm eine seelische Bereitschaft zur Hypochondrie, der Trieb zu einer komplexen seelischen Haltung, also — mit Vorsicht soll dieser Begriff hier gebraucht werden — eine konstitutionelle Form vorliegt, die nur eines besonderen Anstoßes bedarf, um zur vollen Entfaltung zu kommen. Die analoge Schlußfolgerung muß man auch bei den Fällen 5 und 25 machen.

In einer so reinen Ausprägung ist das Bild der hypochondrischen Einstellung wohl ziemlich selten, Dementsprechend zeigen auch die folgenden Fälle, die wegen ihrer genetischen und inhaltlichen Verwandtschaft hier noch angeführt werden sollen, bei weitem nicht die Produktivität und das in allen Registern des zur Verfügung stehenden Wortschatzes gespielte Ausdrücken des überwertigen Krankheitsgefühles.

Fall 30:

46 jährige Rentnerin.

Patientin kommt zur Untersuchung, weil sie vor mehreren Monaten plötzlich Schatten und dunkle Flecken vor den Augen bemerkte. Oefter sah sie auch farbige Flecken und „sekundenlange Verdunkelungen" (offenbar Mouches volantes) vor den Augen. Sie erzählt dann in umständlicher und weitschweifender Weise ihre Leidensgeschichte. Seit 23 Jahren läuft sie von einem Nasenarzt zum anderen, weil sie ein „Leiden der Siebbeinhöhle" habe. Sie sei auch schon an allen möglichen Stellen der Nase operiert worden. Stets achtet sie ängstlich auf die Aeußerungen der Aerzte, klammert sich an deren Sätze, aus denen sie die Feststellung eines schweren Leidens herausliest. Aeußerungen, daß sie gesund sei, schenkt sie keinen Glauben. Sie leide jetzt an Entzündung der Sehnerven, die in Zusammenhang stehe mit der „langjährigen Entzündung der Siebbeinhöhle". Sie glaubt, daß sie blind werden würde und ist nun in ständiger Besorgnis deswegen. Als Beweis für die Richtigkeit

ihrer Anschauungen führt sie unter anderem an, daß ihr ein Arzt schon 1913 gesagt habe, sie müsse besonders auf ihre Nase achten. Darüber habe sie sich viel Sorge gemacht.

Befund: Seitens der inneren Organe und des Nervensystems kein besonderer krankhafter Befund, abgesehen von einer ziemlich stark gesteigerten vasomotorischen Erregbarkeit. Pedes plani. Seitens der Augen, von geringer Uebersichtigkeit abgesehen, kein krankhafter Befund, ebenso läßt sich seitens der Nase oder der Nebenhöhlen nichts Besonderes, zur Zeit der Untersuchung, feststellen.

Da der gleiche Zustand nach den Schilderungen der Patientin schon etwa 20 Jahre besteht, scheint hier auch eine konstitutionelle Bereitschaft zur hypochondrischen Einstellung vorzuliegen.

Fall 43:

37 jähriger Anstreicher.

Patient erlitt während des Krieges einen Schock dadurch, daß bei einem Munitionstransport unmittelbar neben seinem Wagen zwei Schrappnells einschlugen. Er wurde dabei vom Pferde geschleudert und lag, als er wieder zu sich kam, in einem Sumpf, wobei er vor Schreck am ganzen Körper zitterte. Das Zittern ließ in der Folgezeit wieder nach, dafür litt er aber in der Folgezeit unter „innerer Unruhe" und starker Angst beim jedesmaligen Vorrücken an der Front. Nach dem Kriege war er zunächst bei seinen Eltern, wo er „mit Schreckhaftigkeit und Herzbeklemmungen zu tun hatte". Er arbeitete bis 1926 in verschiedenen Stellungen, dann habe er die Arbeit aufgegeben, weil er sie wegen seines Zustandes nicht mehr habe leisten können, und zwar hauptsächlich „wegen Herzbeklemmungen und Magenbeschwerden". Jetzt bekommt er bei feineren Fingerbewegungen Zittern in den Handmuskeln, „es ist als ob gar kein Gefühl mehr darin sei". Oefter verspüre er im „Gehirn ein Reißen, ein Nervenreißen. Das Gefühl geht durch den ganzen Körper, es ist grade, als wenn man ein Pflaster von der Haut abreißt. Oft habe ich auch das Gefühl, als wenn ich den Schmerz hören könnte, es ist grade, wie wenn man eine aufgezogene Uhrfeder abschnurren läßt." Oft bemerkt er auch ein Reißen und Zucken in der Luftröhre, „das schwillt hier am Kehlkopf oder vielmehr das schwillt nicht an, das ist das Sputum, das wird dick und setzt sich dann da fest und wird hart. (Demonstratio, an welcher Stelle er das besonders fühle.) Am Herzen steige das Blut hoch, und oft verspüre er ein Nervenreißen, „schuk, schuk, schuk, das geht so durch den ganzen Körper". (Man beachte die fast gleiche Formulierung wie im Fall 25!).

Eine eigene Note erhält der Fall dadurch, daß der Kranke angibt, viel unter Angstgefühlen zu leiden. Er träume nachts immer sehr schwer, insbesondere vom Kriege, wache oft auf, weil er glaube, daß ihn einer in die Seite stoße. „Noch tagsüber bebe ich manchesmal vor Angst", ohne daß er eigentlich wisse, warum. Dem entspricht auch seine depressive Stimmungslage. Er meint, das Leben sei ihm verleidet, es habe ja doch keinen Zweck mehr zu leben.

„Meine Hauptbeschwerden sind die Nerven". Beim Geschlechtsverkehr müsse er vorsichtig sein, „da es sonst das Herz nicht aushält". Er sei schon längere Zeit behandelt, habe sich alle möglichen Medizinen gekauft, es nütze aber alles nichts. Er habe auch schon

versucht, sich durch Suggestion behandeln zu lassen, nachdem er davon gehört habe, das habe aber ebensowenig helfen können. Er habe keine Hoffnung mehr, „wie lange laufe ich jetzt schon damit herum und mir hat alles nicht mehr geholfen". Er glaubt, daß sein „Nervenleiden" nicht heilbar sei, er habe auch schon verschiedentlich in Büchern darüber gelesen.

Befund: Seitens der inneren Organe besteht, abgesehen von einer psychogen stark beschleunigten Herztätigkeit keine Abweichung.

Neurologisch: Sehr lebhafte Reflexe, geringe Hypotonie der Extremitätenmuskulatur. Starker feinschlägiger Tremor der Hände. Vasomotorische Erregbarkeit stark gesteigert. Sonst kein abweichender krankhafter Befund.

Hier handelt es sich um einen hypochondrischen Zustand, der, über eine „ängstliche Verstimmung" hinausgehend, sich zu regelrechten angstbetonten Befürchtungen im Hinblick auf den Körper steigert. Jedoch ist daran festzuhalten, daß eine grundlegende Veränderung der Affektlage, wie sie bei Angstzuständen vorhanden ist, nicht als wesentliches Kriterium zum Bilde der „echten" Hypochondrie gehört.

Fall 36:

42 jähriger Postschaffner.

Dieser Kranke hat sich, im Anschluß an eine völlig verheilte operative Entfernung des linken Auges, 4 Jahre vor dem Untersuchungsdatum, in die Ueberzeugung versteift, an Krebs zu leiden. Darauf bezieht er alle seine Beobachtungen und Feststellungen, so z. B. über „furchtbare Kopfschmerzen". Er ist, was seine Krebs-Ueberzeugung angeht, nicht von der Grundlosigkeit derselben zu überzeugen. Ausführlich und weitschweifig erzählt er von seinen vielfältigen Beschwerden. Dabei beruft er sich auch auf ärztliche Aeußerungen, in denen ihm gesagt worden sei, daß sein Auge an Krebs erkrankt sei. Alle Einwände und Versicherungen, daß weder damals Krebs vorgelegen habe, noch auch heute vorliegen könne, da doch nichts festzustellen sei, vermögen seine Ueberzeugung nicht zu erschüttern. Er führt verschiedene Fälle von Verwandten an, die auch an Krebs gestorben seien.

Hier finden wir einen Fall, bei dem, wie oben erwähnt, die hypochondrische Einstellung zum Körper in einer Einzel-Krankheitsvorstellung fixiert wird und mit einer wahnähnlichen Konsequenz verfogt wird, ohne daß es zu einer Ausbreitung der hypochondrischen Tendenz auf den ganzen Körper kommt.

Diesen drei zuletzt angeführten Fällen ähnlich in ihrer Symptomatik verhalten sich die Fälle 7, 38, 41, 44, sodaß eine spezielle Anführung hier überflüssig ist, da sie für die Betrachtung keine neuen Gesichtspunkte mehr ergeben.

Wir können also nunmehr zwei, nach Umfang und Ausprägung verschiedene Gruppen umschriebener hypochondrischer Zustände abgrenzen. Bei der ersten handelt es sich um Kranke, deren Anschauungen nicht die Determinierung zeigen, die bei den eigentlichen Hypochondrischen das wesentliche Krankheitsmoment darstellt. Zwar liegt auch hier schon eine abnorme psychische Konstitution in soweit vor, als sensationell wirkende Körperempfindungen oder Körperschädigungen — und in dieser sensationellen Aufnahme äußert sich schon eine abweichende Wertauffassung und Einordnung im Hinblick auf den Körper gegenüber dem gesunden Menschen — mit dem ursprünglich auslösenden Schädigungsvorgang übertrieben und in objektiv falscher Weise in ein Beziehungsverhältnis gesetzt werden, so z. B. die Zurückführung aller möglichen geklagten Beschwerden auf einen Unfall, von deren Berechtigung und objektiver Richtigkeit der Kranke im Gegensatz zu dem aus einer Zweckeinstellung handelnden Renten-Neurotiker voll überzeugt ist. Der psychisch normale Mensch stellt einen Zusammenhang dieser Wertigkeit nicht her, weil eine Ueberprüfung seiner Anschauungen durch eine in seine Gedankengänge eingreifende Wertkritik ihn nur da eine ursächliche Verbindung herstellen läßt, wo er durch Beweisgründe eine — natürlich subjektiv gefärbte — Einsicht in den genetischen Zusammenhang gewinnen kann. Eine so gewonnene Einsicht fehlt aber grade beim Hypochondrischen. Andererseits bleibt aber der Hypochonder dieser ersten Gruppe durch eine im gewissen Sinne noch kausale Verknüpfung seiner Beschwerden vor dem Schicksal einer hypochondrischen Veränderung seiner gesamten Psyche bewahrt. Der Ablauf dieser isolierten hypochondrischen Vorstellungen bleibt hinsichtlich seiner Methodik ein dem übrigen Vorstellungsablauf paralleller, es kommt nur zu einer Veränderung der Wertigkeit für diese Vorstellungen hinsichtlich des Inhaltes. Durch die prävalente Betonung dieser Inhalte bei der seelischen Rezeption kommt es bei dem bewußten logischen Aufbau der mehr im Bereich des Intellekts liegenden Vorstellung zu einer Stauung dieser Vorstellungen, aus der ihre Ueberwertigkeit resultiert. Es handelt sich also um einen in seinem Wertcharakter veränderten Reaktions-Modus, weswegen man diese Gruppe am besten nur als reaktive hypochondrische Zustände bezeichnen kann. Hier dürfte die Mehrzahl aller Fälle mit hypochondrischen Aeußerungen überhaupt, wie auch die Mehrzahl der hier mitgeteilten Fälle anzuführen sein.

Auch hinsichtlich der Therapie verhalten sich diese Kranken gegenüber den eigentlichen Hypochondern verschieden. Wenn auch ein Teil von ihnen diesen darin ähnelt, daß sie mit einer gewissen Einsichtslosigkeit Belehrungen gegenüber sich an ihre überwertigen Vorstellungen anklammern, weil

diese eben so stark in den Vordergrund der Aufmerksamkeit gerückt sind, so gelingt es doch in den meisten Fällen, sie durch geeignete psychotherapeutische Belehrung, Erklärung der Zusammenhänge und vorsichtige symptomatische Behandlung wesentlich einzuschränken, unter Umständen diese sogar überhaupt völlig abzudrängen. Jedenfalls zeigte auch ein Teil der hier angeführten Beobachtungen eine wesentliche und anhaltende Besserung. Voraussetzung dafür ist natürlich ein bestimmter Intelligenzzustand und eine nicht zu weitgehend eingeschränkte Aufnahmefähigkeit. Bei schwer Debilen oder auch bei ausgeprägten Psychosen, bei denen hypochondrische Ideen aufgepfropft sind, ist — für die letzteren wenigstens für die morbide Zustandsdauer — eine nachhaltige Beeinflussung so gut wie ausgeschlossen.

Wesentliche Unterschiede in psychopathologischer Hinsicht zeigt demgegenüber die zweite Gruppe, in der die eigentlichen Hypochonder zusammengefaßt sind. Wir haben in beiden Gruppen Fälle gesehen, die für die unterschiedliche Kennzeichnung besonders instruktiv sind, da bei ihnen gleicherweise ein Trauma oder ein Unfall im Beginn der Erkrankung steht. Wenn es trotzdem bei den echten Hypochondern zu einer so wesentlich weitergehenden seelischen Veränderung kommt — in vollem Umfange gilt dies natürlich nur für „Ideal"-fälle — so muß dafür noch eine andere Ursache gesucht werden. Betrachten wir einen solchen ausgeprägten hypochondrischen Zustand als Gesamtes, als abgeschlossenes Bild, so können wir feststellen, daß hier nicht mehr allgemeiner gehaltene Klagen immer wieder auf das im Beginn stehende Ereignis ursächlich zurückgeführt werden. Vielmehr ist hinsichtlich der eigentlichen Krankheitsveranlassung ein vorhandenes Kausalbedürfnis in hinreichender Weise befriedigt; die Empfindung des Traumas stellt einen psychisch abgeschlossenen Vorgang dar, als dessen Ersatz im Assimilationsprozeß schon das Resultat eines Vorstellungsablaufes gesetzt wird, nämlich die Körper-Minderwertigkeitsüberzeugung. Der Ausgangspunkt für seine Krankheitsspekulationen ist dem Hypochonder nicht mehr ein immer wiederkehrendes Bewußtwerden der Schädigung, sondern ein, mit einer bestimmten Affektqualität ausgestattetes, Erleben eines bereits „perfekten" Schadens. In analogem Verhältnis stehen in anderen Fällen mißdeutete Körperempfindungen. Auf diesem Erleben bauen sich nun seine Reflexionen auf, seine Grübeleien über mögliche Folgeerscheinungen und die Rückübertragung auf den Körper in Form von ihm besonders geläufigen umschriebenen Krankheitsbildern oder eines völligen Krankseins des gesamten Körpers. Dabei kommt es dann in einem circulus vitiosus wegen der einseitigen Interessen-Absorption zu einer noch stärkeren Ich-Isolierung als diese schon

ohnehin als übergeordneter Persönlichkeitstypus gegeben ist. Aus ihr heraus kommt der Hypochonder schließlich in der voll ausgebildeten Endhaltung — die dann keine weiteren Variationen mehr erfährt — zu einer förmlichen syntropen hypochondrischen Tendenz dem Körper gegenüber, zu einer regelrechten Krankheitssucht. Besonders ausgeprägt zeigen die Fälle 5, 25 und 35 diese Einstellung.

Wollte man nun annehmen, daß eine solche Systematisierung der variabelsten Einzelideen zu einem geschlossenen Anschauungskomplex lediglich ein Summationsvorgang sei, so würde man damit den Fehler begehen, ein post hoc für ein propter hoc zu setzen. Man müßte dann fragen, warum nicht in allen Fällen, wo hypochondrische Aeußerungen über längere Zeiträume hin auftreten, eine Anreicherung eintritt, derart, daß schließlich eine präsumptive hypochondrische Einstellung zu allem Körpergeschehen vorliegt. Man muß die Entstehungsbedingungen dafür tiefer, in der psychischen Struktur primär suchen. Es liegt hier eine veränderte seelische Artung in dem Sinne vor, daß bei diesen Kranken eine Schwäche der Kritikfähigkeit, und damit der Wertauffassung dem Körper gegenüber, Assoziationen, die beim Normalen durch Kritik wieder abgedrängt werden, zu bewußten Vorstellungen werden läßt. Die Grundlage für die erhöhte affektive Bereitschaft, die besonders an das Körperempfinden gebunden ist, ist in der „zentralen Anlage der Persönlichkeit" zu suchen", d. h. an der Stelle der Persönlichkeit, wo die niedersten und die höchsten, die sinnlichsten und die erhabensten Antriebe der menschlichen Vitalität, vor allem die Lebenstriebe . . . verankert sind" (Kehrer 40), als eine Triebhaftigkeit, die in bevorzugter Weise das Erlebnisgebiet des Körpers zum Gegenstand von überwertbetonten Vorstellungen ergreift. Für diese in einer so tiefen seelischen Sphäre liegende Grundlage spricht auch die Tatsache, daß diese Vorstellungen bei den ausgebildeten hypochondrischen Zuständen mit einer so konsequenten, wahnanalogen Einförmigkeit festgehalten werden.

Es ist somit zu folgern, daß die angedeutete seelische Artung auf einer konstitutionellen Grundlage beruht. Hier gilt, mutatis mutandis, was Kehrer (l.c.) sagt: „Wenn ein Mensch, bei dem wir weder Halluzinationen noch nennenswerte Illusionen, aber auch keine besonderen äußeren Schädigungen irgendwelcher Art nachweisen können, zu Wahnvorstellungen kommt, müssen wir logischerweise einen nur erklärbaren Grund annehmen und nach anderweitigen Erfahrungen diesen in irgendeiner entweder mehr durch Erblichkeit oder mehr durch frühere Lebenseinwirkungen verursachten Störungen derjenigen körperlichen Anlagen suchen, aus welchen sich die seelischen Funktionen ergeben, die bei Wahnbildungen am Werke sind". Unsere Fälle zeigen, ohne daß hier

noch einmal im einzelnen darauf hingewiesen werden soll, eine Reihe von Anhaltspunkten dafür, sei es daß in der Familienanamnese Belastungspunkte vorhanden sind, sei es, daß die in Frage kommenden Kranken sich in ihrer Reaktionsweise auch sonst als psychisch verändert erkennen lassen. Grade Wollenberg hat auch auf das „Vorhandensein einer vererbten psychopathischen Grundlage, zuweilen sogar zu einer speziell hypochondrischen Erkrankung" hingewiesen. Im Einklang damit stehen auch mehrere Beobachtungen in der Literatur, von denen hier nur die Schilder's über das Auftreten von hypochondrischen Vorstellungen bei zwei Schwestern erwähnt werden soll. Jedenfalls berechtigen die bisherigen Beobachtungen — die durch weitere ergänzt werden müssen — dazu, anzunehmen, daß es bei diesen Formen hypochondrischer Anschauungstendenz sich um eine konstitutionell bedingte Abnormität der seelischen Veranlagung handelt, und daß damit die Entstehungsgrundlage für die Ausbildung einer umfassenden hypochondrischen Einstellung, nicht nur zu reaktiven Aeußerungen, gegeben ist. Es wurde schon erwähnt, daß diese „essentionellen Formen" (Gillespie l.c.) therapeutisch letztlich unangreifbar sind, weil das konstitutionelle Moment, auf dem die Vorstellungen aufgebaut und unterhalten werden, weder einer therapeutischen Fremdeinwirkung noch einem autosuggestiven Eigeneinfluß zugängig ist.

Abschließend kann also diese konstitutionelle Form eines umschriebenen hypochondrischen Krankheitsbildes dahin definiert werden, daß auf dem Boden einer abnormen seelischen Bereitschaft unter falscher Verwertung affektbetonter Körperempfindungen eine Krankheitseinbildung entsteht, deren Umfang und Ausprägung in einem unverhältnismäßig starken Gegensatz zur auslösenden Ursache steht, und die gegen Fremdbeeinflussung sich von einer wahnähnlichen Resistenz zeigt. Daß es sich bei diesem umschriebenen Krankheitsbild nicht um eine Wahnbildung im Sinne des engeren paranoischen Krankheitsbildes handelt, ist schon oben ausgeführt worden. Hier sei noch einmal betont, daß die sensationellen Aeußerungen dieser Hypochonder immer einen Symbolcharakter behalten und daß statt eines in der Sphäre des „Persönlichen" verhafteten Beeinträchtigungsgefühls ein „objektives" Schädigungsgefühl der Körpersphäre im weiteren Sinne vorhanden ist. Die Wahnähnlichkeit der fixierten hypochondrischen Vorstellungen ist in erster Linie durch deren abnorm feste Verankerung zu erklären.

Dieses abgegrenzte Krankheitsbild, das wir bei der zweiten Gruppe, die als „konstitutionelle Hypochonder" zusammengefaßt werden, gesehen haben, unterscheidet sich von der ersten Gruppe der reaktiven hypochondrischen Aeußerungen durch seinen charakterologischen Eigenwert. Gegenüber den eigentlichen psychotischen Krankheitsbildern unterscheidet es sich durch die Eigenart seiner Symptomatik und durch seine differenzierte Vorstellungsgenese als autonome Krankheitseinheit. Es zeigt sich durch das fast zwangsmäßige Hinwenden zu Krankheitsdeutungen und das wunschmäßige Hinneigen — trotz eines scheinbar gegenteiligen Ausdrucksaffektes — zu Krankheitsvorstellungen als eine regelrechte Krankheitssucht, als „Nosomanie".

Literaturverzeichnis.

(Die hier angegebenen Zahlen stimmen mit den im Text angegebenen überein.)

1) *Althaus:* „Ueber Hypochondrie und Nosophobie". Deutsch. Archiv f. klin. Medizin, Bd. LIV, 4 u. 5. (1895).
2) *Arndt:* „Die Neurasthenie, ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung vom anatomisch-physiologischen Standpunkt". Wien u. Leipzig (1885).
3) *G. Ballet et A. Gallais:* „Un persécuté hypochondriaque". l'Enzephale 8. I. (1905).
4) *Bauer u. Schilder:* „Ueber einige psychophysiologische Mechanismen funktioneller Neurosen". Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilkund., 64 (1919), S. 279.
5) *Beard:* „Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Folgezustände und Behandlung". 2. Aufl. (1882).
6) *Benon:* „Blennorhagie et hypochondrie". Annal. des maladies Vénér., Jg. 20 Nr. 8 (1925).
7) *Binswanger:* „Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie" (1896).
8) *Birnbaum:* „Ueber den kausalen Zusammenhang hypochondrischer Wahnvorstellungen mit somatischen Störungen". Medizin. Klinik, (1907), 30. S. 891.
9) — „Die psychischen Heilmethoden", Leipzig (1927).
10) *Bornstayn, M.:* „Hypochondrische Form der Schizophrenie". Zentralbl. f. Neur. u. Psych., 48, S. 365 (1928).
11) *Böttiger:* „Ueber Hypochondrie". Arch. f. Psych. 31. (1898), S. 378.
12) *Brachet:* „Ueber die Hypochondrie". (Deutsch: Krupp). Leipzig (1846).
13) *Carp, E. A.:* „Zur psychoanalytischen Auffassung der Hypochondrie". Zeitschr. f. Neurolog. 115, S. 478 (1928).
14) *Codet, H.:* Progres Med. (1926), 41, I. S. 1873.
15) *Culpin, Millais:* „The nomenclature of minor mental discorders". Journ. of neurolog. and psychopatholog., Bd. III. Nr. 10, S. 105 (1922).
16) Déjerine et Gauckler: „Les Psychoneuroses". Paris (1911), S. 186.
17) *G. Demis et P. Camus:* „Sur une forme d'Hypochondrie aberante duè a la perte de la conscience du corps". Rev. neurolog. (1905) XIII, S. 461.
18) *Dromerd et Senges:* „Maigreur pathologique chez une aliéné hypochondriaque". l'Enzephale VI. S. 64 (1911).
19) *Esquirol:* „Des maladies mentales". Paris, I. 8. (1838) Seite 200 u. f.
20) *Ferenczi:* „On eye Symbolism: Contributions to the Psychoanalysis". Boston (1916) Orig. ungar.

21) — „Further contributions to the Theorie and Technique of Psychoanalysis". Boston (1910). Org. ung.
22) — „Hysterie und Pathoneurosen". III. Internationale psychoanalytische Bibliothek (1919), Nr. 2.
23) *Fleury, M. de:* Journal de Med. de Paris (1921) XI. S. 683.
24) Foerster: Monatsschrift f. Neur. u. Psych. (1903) XIV, S. 189.
25) *Freud:* „Zur Einführung des Narzissmus". Jahrbücher für Psychoanalyse 61, (1914).
26) — „Gesammelte Schriften", Bd. VII. 3. T., S. 427 u. f., 4. Aufl. (1922).
27) *Friedemann,* M.: „Zur Auffassung und Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten überwertigen Ideen". Zeitschrift. f. ges. N. u. Ps. (1914) 21, S. 333.
28. *Gans, A.:* Beiträge zur Kenntnis der krankhaften Abweichungen vegetativer Organe bei Hypochondrie". Nederlandsch tijschr. v. geneesk. Jg. 68, Nr. 21, S. 2600 (1924).
29) *Gillespie, R. D.:* „Hypochondria: Its definition, nosologie and psychopathologie". Guys Hosp. Rep. 78, S. 408 (1928).
30) *Griesinger:* „Pathologie und Therapie psychischer Krankheiten". II. Aufl. (1867), S. 215.
31) *Haberkandt:* „Blüchers Hypochondrie", Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift (1923), Nr. 7/8, S. 39.
32) *Higier, H.:* „Hypochondria iatrogenetica". Warszaw. Czas. lek. V. 22 (1928).
33) *Hirschfeldt:* „Sexuelle Hypochondrie und Skrupelsucht". Zeitschr. f. Sexualwissenschaft, 2, S. 112 (1915).
34) *Hitzig:* „Ueber den Querulantenwahnsinn". Leipzig (1895).
35) *Höβlin, v.:* [siehe in Müller's Handbuch der Neurasthenie (1893)].
36) *Hoche:* „Die Melancholiefrage". Zeitschr. f. Nerv. u. Psych. Bd. I (1910), S. 548.
37) *Jolly:* „Hypochondrie". *v. Ziemssen's* Handbuch der spez. Path. u. Therap. Bd. XII. (1877).
38) *Kehrer:* „Psychosen des Um- und Rückbildungsalters". Zentralbl. f. ges. N. u. Ps. (1921), Bd. XXV, S. 1 u. f.
39) — „Ueber Hypochondrie". Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherap. u. psych. Hygiene. Bd. II, H. 8 (1929), S. 473.
40) — „Paranoische Zustände". *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. VI, Teil 2, S. 240 u. f.
41) *Kraepelin:* „Psychiatrie". Leipzig (1911) IV, 12. I. A.
42) *Krafft-Ebing:* „Die Hypochondrie". *Nothnagel's* Handbuch der spez. Path. u. Therap. Bd. XII, II., 7 (1898).
43) *Kyaw:* „Neurosen, Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie". Zentralbl. f. innere Med. Jg. 47, Nr. 9, S. 186 (1926).
44) *Lorrand,* A. S.: „A narcissistic neurosis with hypochondriac symptoms". (1924).
45) *Löwenfeldt:* „Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie". (1894), S. 87 u. f.
46) *Marie et Bourichet:* Rev. de Psychiatr. (1904), S. 177.
47) *Medow, W.:* „Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose". Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 64, H. 4; S. 480 (1922).
48) *Mendel:* „Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht". Deutsch. med. Wochenschr. (1889), S. 205.

49) Merklin: „Ueber Hypochondrie". Irrenfreund (1892).
50) S. Meyer: „Hysterietheorie". Zeitschr. f. ges. N. u. Ps. 5, (1911), S. 216.
51) Michéa: „Du siège de la nature intime, des symptoms et du diagnostic de l'Hypochondrie". Paris (1843).
52) Müller: (in *Müller's* Handbuch der Neurasthenie). Leipzig (1893).
53) Nouet et Lautière: „Sur la delire hypochondriaque intercurrent au cours de l'evolution du delire de revendication". l'Enzephale, Jg. 18, Nr. 3, S. 164 (1923).
54) Pick, A.: „Zur Lehre von der Hypochondrie, hypochondria cum materia?" Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. (1903), LX, S. 111.
55) Raecke: „Ueber Hypochondrie". Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. LIX (1902).
56) Rickmann, J.: Brit Journal Med. Psychol. (1927), VII, S. 111.
57) Rodiet et P. Dalmas: „Delire hypochondriaque et lésions organiques". Gazett. des Hôp. de Paris (1914) LXXXVII. S. 1061.
58) Ross, T. A. and Gillespie, R. D.: „The psychopathological developement of a paranoid psychosis". II. Teil, Proc. Roy. Soc. Med. (1927), 20; S. 903.
59) Roy, P.: „De l'hypochondrie". Arch. de Neurolog. (1905), XX; 2, S. 166 u. f.
60) Schilder: „Zur Lehre von der Hypochondrie". Monatsschr. f. Ps. u. N., Bd. 56, H. 2/3, S. 142 (1924).
61) Schmitz: „Monosymptomatische Melancholie". Münchener med. Wochenschr. (1923), 13.
62) Schott: „Ueber Hypochondrie und hypochondrische Zustände". Berlin. klin. Wochenschr. (1904) XLI; S. 1325.
63) Schüle: „Klinische Psychiatrie" (1886), S. 277 u. f.
64) Schwarz, H.: „Circumscripte Hypochondrien". Monatsschr. f. Psych., Bd. 72 (1929).
65) Seglas et Logre: „Delire hypochondriaque, torticollis mental, tics multiples, aspect parcinsonnien". Rev. neurolog. (1911), I, S. 53.
66) Sommer, M.: Zur Frage der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie". Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. VI., S. 247 (1911).
67) Sommer, R.: „Diagnostik der Geisteskrankheiten". (1894).
68) Spindler, K.: „La forme hypochondriaque de la schizophrenie". Med. Journal, Straßburg, Jg. 88, Nr. 8, S. 110.
69) Starobinski, A.: „Les Hypochondriaques". Schweiz. Rundschau f. Med., Bd. 21; Nr. 41 (1926).
70) Streckel, W.: „Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung". Wien (1921).
71) Tuczek: „Zur Lehre von der Hypochondrie". Zeitschr. für Psych. 39 (1883), S. 653.
72) Vigoroux: „Hypochondrie et lésions organiques latentes". Annal. Med. Psycholog. (1905) II.
73) Westphal: „Ueber Hypochondrie", (im Lehrbuch *Binswanger-Siemerling).*

74) — „Ueber Zwangsvorstellungen". Berliner klin. Wochenschr. Nr. 47,48 (1877).
75) *Wolffsohn:* „Ein Beitrag zur nosologischen Stellung der Hypochondrie". Kiel (1906).
76) *Wollenberg:* „Die Hypochondrie". *Nothnagels* Handbuch der spez. Path. u. Ther., Bd. XII. (1904).
77) — „Die nosologische Stellung der Hypochondrie". Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatr. (1905), XXVIII, S. 529.
78) *Ziehen:* „Psychiatrie". Leipzig (1894).

Lebenslauf.

Am 2. Juli 1905 wurde ich als Sohn des Kaufmanns und Fabrikanten Berthold Wichmann zu Münster i. W. geboren. Nach Besuch der Grundschule und neunjährigem Besuch des Städt. Gymnasiums zu Münster belegte ich im Sommersemester 1925 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Literatur- und Kunstgeschichte. Im Wintersemester 1925/26 wandte ich mich der Medizin als Studienfach zu und bestand nach zehnsemestrigem Studium an der Universität Münster am 9. September 1929 das Medizinische Staatsexamen. Von da ab war ich bis zum 31. Juni 1930 an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster (Direktor: Prof. Dr. Kehrer) als Medizinalpraktikant beschäftigt. Vom 1. Juli 1930 bis 31. Dezember 1930 war ich an der I. Inneren Abteilung des Städtischen Urbankrankenhauses zu Berlin (Direktor: Prof. Dr. Zondek) zuerst als Medizinalpraktikant, dann als Volontärarzt tätig. Seit dem 1. Januar 1931 bin ich wieder an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster als apl. Assistent angestellt.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. F. Kehrer für die Ueberlassung des Themas und der Krankenfälle sowie für die freundliche Unterstützung meiner Arbeit den ergebensten Dank aussprechen.